FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° — 28

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mai 1906, à 1 heure

PAR

J.-L. SAINTE-MARIE DODEUIL
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

Tuberculose et Appendicite

Président : M. CORNIL, *professeur*

Juges { MM. RAYMOND, *professeur*
CHANTEMESSE, *professeur*
BEZANÇON, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, MON PREMIER MAITRE

LE DOCTEUR T. DODEUIL

Ancien médecin et chirurgien de l'hôpital de Ham.

Hommages à quarante années
de Pratique Médicale
et de Services Publics.

A MA MÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR THIBIERGE

Médecin de l'Hôpital Broca

MONSIEUR LE DOCTEUR MUSELIER

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Accoucheur de la Maternité à l'Hôpital de la Pitié

MONSIEUR LE DOCTEUR BRAULT

Chef des Travaux d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL LABBÉ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laënnec

MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD

Chef du Laboratoire du service de M. Walther

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CORNIL

Professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

qui, en souvenir des années d'études passées avec mon père, m'a fait le grand honneur de présider cette thèse.

Tuberculose et Appendicite

GÉNÉRALITÉS

La tuberculose et l'appendicite sont deux maladies qui occupent une grande place dans la médecine moderne.

La tuberculose, véritable fléau, sème son germe de mort dans les races les plus policées et son bacille envahit tous les milieux qu'il trouve préparés par la misère physiologique, la privation d'air et de lumière, le surmenage, l'alcoolisme, les excès, les aliments malsains.

Ces causes résultent, pour la plupart, d'une prétendue civilisation qui nous crée des habitudes factices et nous éloigne des conditions naturelles essentielles à la vie. Elles résultent aussi de ce mirage qui fait déserter les campagnes et produit l'entassement dans les populeuses cités où pullule le germe fatal.

La tuberculose peut atteindre un grand nombre de nos organes ; mais son siège d'élection est le poumon.

L'appendicite, maladie redoutable contre laquelle la médecine et la chirurgie réunissent tous leurs efforts, a été étudiée d'une manière approfondie, à notre époque.

Elle reconnaît également un certain nombre de causes infectieuses attribuables à un régime défectueux. L'abus moderne des viandes, l'usage d'aliments fermentés, mal conservés, introduisant dans l'intestin des toxines, des parasites ; les intoxications morbides augmentant la virulence du coli-bacille sont des causes d'appendicite, aussi bien que l'irritation produite par des corps étrangers de nature diverse.

La forme de l'appendice prédispose cet organe aux localisations pathologiques. Les vices de conformation peuvent augmenter cette prédisposition.

A l'encontre de la tuberculose qui envahit de préférence des viscères considérables et de première importance, l'appendicite a pour siège un organe infime : le vermis, vestige du cæcum de la vie embryonnaire rétracté, rudiment qui marque un échelon, une transition, un enchaînement dans les variétés infinies des êtres vivants, groupés dans l'unité d'une merveilleuse harmonie.

L'appendice vermiforme est l'apanage des vertébrés supérieurs ; de l'homme et des quadrumanes ; encore est-il que ces derniers n'en possèdent pas tous.

Ce petit organe simulacre du vaste cæcum qu'on trouve chez les solipèdes, les pachydermes et les

rongeurs, a pris une grande importance dans la pathologie. Il est devenu sous certaines influences nocives un véritable réceptacle de souffrance et de mort.

Si nous cherchons à établir un rapprochement entre *la tuberculose et l'appendicite*, nous trouvons que ces deux maladies sont souvent déterminées ou stimulées par des causes analogues : infection, mauvaise hygiène. Il n'est pas rare de les rencontrer simultanément. Elles réagissent sérieusement l'une sur l'autre. Enfin la tuberculisation peut envahir le vermium et déterminer une véritable appendicite tuberculeuse. Cette dernière manifestation qui est la fusion complète de la tuberculose et de l'appendicite n'est pas très fréquente ; néanmoins, nous en avons observé deux cas bien caractérisés, pendant la durée de nos recherches.

INTRODUCTION

Dans le cours de l'année que nous avons passée dans l'excellent service chirurgical du Dr Walther, à l'hôpital de la Pitié, notre maître a maintes fois appelé l'attention sur l'appendicite, dans ses formes chroniques et trompeuses.

Nous nous sommes appliqué à l'étude de cette maladie chez les tuberculeux. Ayant entendu répéter que l'appendicite tuberculeuse n'est pas très rare, mais qu'on ne la recherche pas assez, nous avons examiné bon nombre d'appendices enlevés chirurgicalement.

Pendant nos investigations, nous avons voulu savoir si, entre l'appendicite et la tuberculose il existe autre chose qu'une lésion qui jusqu'alors n'était guère que du domaine de l'anatomie pathologique : la *tuberculose de l'appendice* dénommée aussi *appendicite tuberculeuse*, puisqu'on a employé indifféremment ces deux qualifications l'une pour l'autre. Mais alors, il est bon d'expliquer que nous entendons par *appendicite* l'altération anatomique et que nous réservons pour le syndrome clinique le nom de *crise appendiculaire*.

Il nous a donc fallu rechercher, d'une part, l'action de la tuberculose dans sa manifestation locale

sur l'appendice et, d'autre part, l'action de l'appendicite sur la tuberculose, maladie générale. Les relations sont fatales : les voies digestives, véritable rempart du tuberculeux, étant lésées.

C'est le résultat d'une étude forcément restreinte que nous présentons, sous ce titre : *tuberculose et appendicite*.

Dans un sujet aussi vaste, nous avons dû nous imposer des limites sévères.

Nous envisageons l'*appendicite chez les tuberculeux* et nous menons de front la *forme commune* et la *forme bacillaire* insistant plus particulièrement sur cette dernière dont l'importance est grave.

Pour ce qui concerne la *forme aiguë*, les retentissantes communications à l'Académie de Médecine ; les discussions scientifiques de ces dernières années, à la Société de Chirurgie ; les travaux des auteurs modernes, en ont fait connaître les nombreuses modalités. Cette affection aiguë qui, chez nos tuberculeux, reste banale est aujourd'hui de notion courante et le diagnostic en est relativement aisé.

Il n'en est pas de même des *formes chroniques*, sur lesquelles nous insisterons, car souvent elles ne s'annoncent que par des symptômes frustes, leurs manifestations parfois imprévues ne permettent pas toujours de les rattacher aux lésions appendiculaires et elles sont cause de fréquentes erreurs de diagnostic.

C'est un point particulier que nous tentons d'éclaircir, en mettant en présence l'appendicite et la tuberculose.

Nous aurons à faire la distinction entre la prétuberculose et certaines formes d'appendicite chronique débilitant particulièrement l'adolescent ; puis à voir combien l'appendicite chronique, tout en minant le phtisique, peut être masquée par la tuberculose ; enfin, nous aurons à examiner les erreurs de diagnostic faites entre l'appendicite et les différentes affections tuberculeuses.

C'est dans cette question vitale du diagnostic que nous nous sommes heurté aux plus sérieuses difficultés. Ce chapitre nous a paru digne de tenter l'expérience des plus habiles cliniciens.

Néanmoins, loin de nous rebuter, nous nous sommes appesanti sur ce point, essayant de porter un peu de lumière au milieu des obscurités du diagnostic et quelquefois, faute de mieux, appelant l'attention sur ces difficultés en les précisant. Ce dernier résultat, bien qu'incomplet, a encore son utilité pratique.

Nous avons été ainsi conduit à faire de cette partie, si importante en clinique, le noyau de notre travail.

Nous exposerons donc, dans l'ordre suivant, les diverses formes de diagnostic :

Diagnostic séméiologique qui n'aura à envisager de spécial, chez les tuberculeux, que la forme chronique. Nous y verrons si la forme tuberculeuse se révèle, en clinique, autrement que par la péritonite aiguë par perforation.

Diagnostic anatomo-pathologique, chapitre dans

lequel, en effleurant l'appendicite banale, nous ferons une large place à l'appendicite tuberculeuse.

Diagnostic différentiel :

1°) de l'appendicite chronique et de la prétuberculose ;

2°) de l'appendicite masquée par la tuberculose ;

3°) de l'appendicite et de différentes affections tuberculeuses.

Nous ferons précéder le diagnostic de considérations étiologiques et pathogéniques. Il sera suivi d'un pronostic et d'indications thérapeutiques.

CHAPITRE I

Historique

C'est au Français Mestivier qu'appartient l'honneur d'avoir décrit, pour la première fois, en 1759, les lésions d'un appendice iléo-cæcal. Vers 1808, on ne compte que quatre cas d'appendicite tous constatés en France par l'autopsie.

Jusqu'en 1827, l'histoire de cette maladie traverse une première phase, bien résumée par Meslier, pendant laquelle on attribue au vermium les troubles confondus autrefois avec différentes affections de l'abdomen. Puis dans une deuxième phase, par une malencontreuse réaction, on détrône l'appendice en faveur du cæcum. Mais en une troisième période toute moderne, on amoindrit de nouveau l'ancienne typhlite pour faire renaître l'appendicite.

Cette récente mise au point commence en 1886, avec le mémoire de Réginald Fitz de Boston qui interprète les opérations précoces des chirurgiens américains, démontrant qu'à la nouvelle entité morbide correspond une altération primitive de l'appendice.

Ces variations alternatives et ces diverses appréciations étant énoncées, nous allons exposer ce qu'à travers ces différentes époques nous avons découvert dans la littérature médicale touchant les rapports de l'appendicite et de la tuberculose en général.

Dans le deuxième volume de l'Encyclopédie méthodique de 1790, il y a un article, sur les tubercules, qui contient une mention de l'état de l'appendice chez un homme dont la mort fut causée par une maladie des poumons. Mais la première observation d'appendicite, chez un tuberculeux, et en même temps d'appendicite tuberculeuse est fournie par Corbin d'Orléans (1837).

En Amérique, Hallowel publie au même moment un cas identique chez une fillette bacillaire.

Ce sont des faits semblables de péritonite mortelle par perforation de l'appendice tuberculeux chez des phtisiques qu'apportent à la Société anatomique Bodart (1844), Simon (1847), Favre (1851), Dufour (1852). A cette même société, la même année, Broca présente un appendice à muqueuse complètement infiltrée de lésions tuberculeuses.

En Allemagne, Albers (1851) et Clers (1853) déclarent que « l'accumulation des matières tuberculeuses dans l'intérieur du vermium et la perforation consécutive s'observent assez souvent ».

En Angleterre, Habershon écrit qu'il est très fréquent de trouver dans la phtisie des ulcérations de l'appendice.

Leudet (de Rouen) en 1859 fait paraître un travail d'ensemble sur l'inflammation du vermium et insiste d'une façon trop exclusive sur le rôle de la tuberculose dans la pathogénie des appendicites et des perforations. Au cours des autopsies il a trouvé dix-huit fois l'appendicite chez des tuberculeux et, parmi treize faits de perforation, il en a rencontré six chez des phtisiques ; d'où il conclut que la tuberculose est la cause la plus fréquente de ces complications.

Tout en ratifiant cette dernière affirmation, Crouzet, dans sa thèse, en 1865, déclare ces chiffres exagérés et donne sa statistique personnelle de 14 cas sur 48.

En 1869, Duguet communique à la Société de biologie, l'autopsie d'un tuberculeux mort de péritonite. Outre l'état du poumon et de l'intestin, il met en évidence une ulcération très profonde, à l'origine du vermium, puis un phlegmon diffus entre la muqueuse et la musculeuse de cet organe et du cæcum.

Dans la thèse d'agrégation de Spillmann, en 1878, on peut lire une savante étude anatomo-pathologique sur l'appendice tuberculeux. Toutefois le chapitre clinique décrit plutôt, selon les idées de l'époque, la typhlite que l'appendicite.

Toute la pathologie de l'appendice, connue surtout par les recherches d'autopsie, est alors momentanément oubliée jusqu'aux interventions chirurgicales et aux publications américaines.

En 1888, paraît, à New-York, le travail de Biggs sur la tuberculose de l'appendice.

A la même date, Girode expose, à Paris, le même sujet dans sa thèse sur l'intestin des tuberculeux.

Au Congrès de chirurgie, en 1889, Bouilly cite un bacillaire, atteint de péritonite par perforation tuberculeuse du vermium, qui, après une simple incision, eut une fistule stercorale. L'appendicectomie fut suivie de mort par aggravation de l'état abdominal et pulmonaire.

Hartmann et Pilliet, en 1891, présentent à la Société anatomique une pièce de tuberculose iléo-cæcale avec prédominance des lésions sur le vermium, ce qui avait fait émettre, pendant la vie, le diagnostic d'appendicite.

La même année, Roux (de Lausanne) rapporte 73 cas d'appendicite parmi lesquels trois fois l'appendice était tuberculeux. Chez deux malades on avait constaté des phénomènes aigus et chez le troisième des abcès multiples.

En 1892, se produit, à la Société de Chirurgie, la mémorable discussion sur l'appendicite.

A cette occasion Bouilly, Terrier, Delorme, Richelot relatent un certain nombre d'observations qui tendent à établir l'histoire clinique de l'appendicite tuberculeuse. Chez leurs tuberculeux opérés, la découverte et l'ablation du vermium étaient, la plupart du temps, laborieuses ; les lésions macroscopiques semblaient évidentes.

A côté de ces cas chirurgicaux paraît, en 1892, le livre de Talamon qui ne considère l'appendicite bacillaire que comme un cas particulier de la tuberculose

de l'intestin, capable parfois de prendre en clinique l'aspect de l'appendicite aiguë, perforante. Cet auteur effleure, dans un chapitre, les rapports de l'appendicite avec la tuberculose.

Vers cette époque la tuberculose de l'appendice qui avait été étudiée principalement au point de vue anatomo-pathologique, commence à préoccuper les cliniciens.

C'est alors que Reclus en 1893, dans un article du *Bulletin Médical*, distingue trois formes d'appendicite tuberculeuse :

1° Forme fibreuse ou hypertrophiante pouvant simuler le cancer ;

2° Forme ulcéreuse ;

3° Une forme, bien étudiée par Cornil, dans laquelle l'association du coli-bacille produirait une appendicite suppurée souvent confondue avec la variété banale.

Pendant les années suivantes nous viennent de l'étranger les faits isolés de Zahlmann de Copenhague (1892), Stearns de New-York (1893), Czerni (1894), Karewski (1895), Sonnenburg (1897) de Berlin.

En France, Monod, en 1895, eut à enlever un appendice entouré d'une cavité remplie de fongosités. L'examen et les inoculations confirmèrent la nature tuberculeuse de la lésion.

Ce chirurgien opéra pareillement deux petits malades dont l'un, traité pour ostéo-arthrite du tarse, mourut de méningite tuberculeuse deux jours après l'intervention. L'autre fut affligé d'un trajet fistuleux.

En 1896, la thèse d'Aynès (de Bordeaux) inspirée par Demons, tend à reviser la question ; mais les cas d'appendicite tuberculeuse y sont mêlés avec ceux de tuberculose iléo-cæcale. Dans l'observation la plus notable, l'appendice renfermait trois petites tumeurs dont l'une contenait une masse caséeuse. Mais l'examen microscopique ne décela ni bacilles, ni cellules géantes ; le malade fut pris d'hémoptysie après l'opération.

Nicaise, en 1896, opère une femme pour une collection purulente enkystée de la fosse iliaque droite. A l'autopsie l'appendice était infiltré de matière caséeuse et perforé à son point d'insertion cæcale.

La thèse de Born (de Berlin), en 1897, sur l'appendicite tuberculeuse ne renferme que des cas de bacillose iléo-cæcale.

A cette époque Letulle et Weinberg font paraître leur ouvrage sur l'histo-pathologie des appendicites. Ce travail est si complet, qu'il est encore, aujourd'hui, le mieux documenté. L'appendicite tuberculeuse y est étudiée. On y trouve aussi les autres lésions appendiculaires aiguës ou chroniques qui, chez les bacillaires, ne diffèrent pas histologiquement de celles qu'on rencontre chez les sujets non tuberculeux.

Monod et Vanverts, Legueu, dans leurs brochures, puis Jalaguier dans l'édition de 1898 du *Traité de Chirurgie*, signalent les lésions tuberculeuses du vermium.

Gouget, à la Société Anatomique (1896), et Pes-

querel dans sa thèse (1899) rapportent chacun deux cas d'appendicite tuberculeuse.

Carl Beck (1898) signale quatre faits semblables. Deux de ses malades avaient eu des crises banales d'appendicite aiguë.

Cathelin (1898-1899) dans le service de M. Ménard à l'hôpital de Berck-sur-Mer, étudie les appendices enlevés à chaud chez les enfants tuberculeux et les fait examiner par M. Letulle, qui n'y trouve que des altérations communes non tuberculeuses.

Moizard observe deux fois l'appendicite aiguë chez les tuberculeux : l'un des malades mourut alors de méningite bacillaire et l'autopsie montra des adhérences péri-appendiculaires limitant une poche purulente.

Sous le titre : « Péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite », cet auteur, dans un journal, et Sotty (de Lyon), dans sa thèse, étudient un cas de tuberculose du vermium dont le début et l'évolution ressemblent, trait pour trait, à une appendicite ordinaire.

Dans une leçon magistrale en 1902, le professeur Dieulafoy proclame la rareté de l'appendicite tuberculeuse. Tout en reconnaissant la fréquence des lésions bacillaires du vermium, il affirme que, la plupart du temps, celles-ci ne peuvent donner lieu aux symptômes cliniques et restent lettre morte.

Son élève Apert avait déjà énoncé cette opinion dans un article signalant qu'une tuberculose hypertrophique et ulcéreuse de l'appendice n'avait provo-

qué aucun trouble pendant la vie chez un phtisique.

En décembre 1902, Josselin de Jong (de Leyden) relate l'histoire d'un homme ne présentant aucune tare bacillaire appréciable, qui fut pris, cinq mois après une crise très courte de souffrances abdominales avec vomissements, d'une violente et persistante douleur au point de Mac-Burney. Il s'agissait d'appendicite et l'on fit à froid l'ablation du vermium.

Or l'examen microscopique révéla une vaste ulcération bacillaire de la muqueuse et un épaississement inflammatoire de la sous-muqueuse. Cette dernière renfermait de petits tubercules avec cellules géantes entourées d'une large zone d'infiltration. Par les vaisseaux lymphatiques l'inflammation s'était propagée à la sous-séreuse.

Bouglé, en une courte revue générale, envisage l'appendicite tuberculeuse avec une savante précision. Il y ajoute un cas personnel.

Conseillé par Letulle, Lesueur dans sa thèse (1903) étudie la partie anatomo-pathologique et statistique de la question.

De nombreuses publications citées dans ce chapitre ont eu pour effet d'attirer l'attention sur l'appendicite tuberculeuse, mais elles ne concernent que la tuberculose du vermium constatée à l'autopsie et coexistant avec une typhlite bacillaire.

Aujourd'hui, l'appendicite tuberculeuse est enfin devenue autonome en se séparant de la tuberculose iléo-cæcale avec laquelle longtemps les auteurs l'englobèrent.

C'est ce qu'a fait ressortir Demoulin qui, à la Société de Chirurgie (1905) tout en signalant combien ce sujet était peu étudié jusqu'à ce jour, déclare que dans la tuberculose du segment iléo-cæcal l'appendice joue un rôle effacé et se signale rarement par le syndrome appendiculaire.

Au dernier Congrès de la Tuberculose (1905), dans sa communication pleine d'érudition, ce même chirurgien ayant examiné sévèrement tous les cas dits d'appendicite tuberculeuse conclut que, très souvent, les auteurs ont eu affaire à la tuberculose de l'appendice n'ayant occasionné aucun symptôme clinique. Il n'a rencontré, dit-il, dans les faits publiés que trois cas d'appendicite tuberculeuse diagnostiquée avant l'opération et reconnue pure de toute autre tare inflammatoire.

Dans une thèse récente (1905), Petit réunit tous les cas considérés comme appendicite bacillaire, il y ajoute quelques observations bien étudiées. Il mentionne l'ouvrage nouveau de Kelly et Hurdon (de Philadelphie).

Ces auteurs décrivent, dans un chapitre, des appendices tuberculeux enlevés chirurgicalement soit après une crise d'appendicite commune, soit au cours de laparotomies faites pour maladies pelviennes.

Nous ajouterons, pour terminer, que nous avons relevé, dans les bulletins de diverses sociétés savantes, des erreurs de diagnostic entre quelques affections tuberculeuses et l'appendicite.

C'est ainsi qu'on a confondu l'appendicite avec la

coxalgie dans les exemples rapportés par Tillaux, Poncet, Nélaton, Schwartz, Guinard. Dans l'observation de ce dernier opérateur, le vermium était tuberculeux.

Walther cite deux enfants atteints d'appendicite chronique, chez qui, les symptômes ayant fait croire à la coxalgie, on pratiquait l'extension continue.

Cathelin, Mauclaire, Miller ont eu des malades dont les abcès appendiculaires étaient pris pour des collections pottiques ou *vice versa*.

Guinard relate une pareille méprise à la période de fistulisation.

Gaillard (1904) a publié une observation de fièvre hectique due à l'appendicite chronique méconnue, chez une tuberculeuse : l'apyrexie suivit l'appendicectomie.

Comby (1905) a fait part, à la Société médicale des Hôpitaux, d'un cas d'appendicite chronique longtemps traité, avec aggravation, pour une tuberculose pulmonaire au début.

Nous voyons donc par cet historique que la fréquence moderne de l'appendicite a pu provoquer, non seulement l'erreur entre la forme banale et la forme bacillaire, mais encore la confusion entre l'appendicite elle-même et certaines manifestations de la tuberculose.

CHAPITRE II

Étiologie. — Pathogénie

1° Appendicite simple chez les tuberculeux

a) *Causes*

L'appendicite banale est sujette, chez les tuberculeux, aux mêmes causes que chez les individus sans tare bacillaire.

L'*âge* est le même, puisque, peu fréquente avant cinq ans, cette affection se rencontre de dix à vingt, abonde de vingt à trente, devient moindre de trente à quarante et sévit rarement dans la vieillesse.

Pour le *sexe*, c'est pareillement l'homme qui est atteint, dans 80 o/o des cas.

L'*hérédité* doit être mise en doute et nous ne lui accorderons de l'importance que pour la forme tuberculeuse.

La bacillose étant une infection générale capable d'agir sur l'intestin, même par des manifestations communes non tuberculeuses, on peut admettre que les troubles répétés d'entérite simple qu'elle entraîne deviennent des agents provocateurs d'appendicite.

L'excès de nourriture carnée est généralement considéré comme pouvant favoriser le développement de l'appendicite. Il nous a paru intéressant de rechercher si l'on constate une recrudescence de cette maladie chez les tuberculeux soumis au régime intensif de la viande crue. En effet cette alimentation semblerait devoir provoquer une plus grande fréquence de l'appendicite par les toxines qu'elle engendre et par l'irritation qu'elle détermine en des intestins fragiles.

Pendant les deux dernières années de nos études dans les hôpitaux, nous nous sommes livré, sur ce point, à une enquête chez les bacillaires hospitalisés. Eh bien ! nous devons déclarer que nos résultats ont été négatifs et ne nous permettent pas d'accuser la suralimentation par la viande crue. Dans notre année passée à l'hôpital Lariboisière, nous n'avons pas eu connaissance de crise appendiculaire chez les nombreux tuberculeux observés. Or ces malades séjournant d'une manière prolongée dans différentes salles de médecine étaient soignés par la zomothérapie.

Par contre, les bacillaires opérés d'appendicite et observés par nous-même à l'hôpital de la Pitié, n'étaient pas des mangeurs de viande crue.

Il nous paraîtrait donc excessif de proscrire ce mode de suralimentation qui, dans certaines circonstances, est un moyen précieux de traitement.

On a toutes chances d'échapper aux inconvénients en n'exagérant pas les doses. Il est toujours prudent de ne pas oublier qu'une auto-intoxication pourrait être causée par une surcharge alimentaire hors de

proportion avec la capacité fonctionnelle des organes de la digestion.

b) *Pathogénie*

Pour expliquer la pathogénie de l'appendicite commune on a invoqué successivement les *infections générales* et les *causes locales*.

Nous citerons parmi ces dernières : l'oblitération par coudure du vermium ; les corps étrangers ; la compression de l'artère ; la formation du vase clos selon la théorie émise par Talamon et brillamment défendue par le professeur Dieulafoy ; enfin la stagnation qui favorise l'infection de l'appendice, « ce cæcum de cæcum », selon l'hypothèse proposée par le professeur Reclus.

« La stagnation de substances organiques est la plus propice à la pullulation des germes et la moindre cause locale ou générale qui suspendra ou amoindrira la défense phagocytaire des parois, permettra leur envahissement. »

Par exemple, l'appendicite chronique si fréquente chez nos tuberculeux, se révèlera, d'après Walther, soit par action mécanique due à l'épiploïte qui provoque des adhérences tiraillant jusqu'à l'estomac ; soit par la gêne de la circulation des matières déterminée par les coudures de l'angle droit du côlon ; soit par lésion péri-appendiculaire : adhérences ou péritonite localisée ; soit même par réflexe.

2° Appendicite tuberculeuse

a) *Causes*

L'appendicite tuberculeuse a des causes qui méritent d'être mises en évidence.

Plus fréquente chez l'homme adulte, elle peut être une trouvaille d'opération chez le malade non soupçonné de bacillose. Dans ce cas, on la considère comme primitive, elle l'est en réalité pour la clinique, car seule une autopsie complète permettrait de découvrir des tubercules en quelque endroit de l'organisme.

Mais c'est surtout chez les individus manifestement bacillaires qu'on la rencontre.

Ici s'impose la distinction entre l'appendicite tuberculeuse révélée par la clinique et la tuberculose de l'appendice, silencieuse, découverte par l'histologie. Cette dernière est particulièrement connue grâce aux statistiques nécropsiques.

Sur 2.000 cadavres, Fenwick et Dodwell ont compté 27 appendices présentant des ulcérations dues au bacille de Koch.

Kelly et Hurdon, chez 3.700 sujets autopsiés, ont vu 44 fois la tuberculose du vermium.

Letulle, sur 500 nécropsies, a noté des lésions bacillaires de l'appendice 144 fois, parmi lesquelles, dans 12 cas, cet organe, seul de toute la masse intestinale, était altéré.

Jalaguier enseigne que les premières attaques d'appendicite, chez les individus voués à la tuberculose, servent, par la suite, à la localisation appendiculaire du bacille de Koch.

Nous croyons, au contraire, avec le professeur Cornil, que, la plupart du temps, la tuberculose sert de point d'appel aux infections communes et que la lésion, latente jusqu'alors, malgré l'altération des parois, se révèle bruyamment sous une influence secondaire. La crise d'appendicite est alors provoquée par une cause banale qui souvent empêche de soupçonner la lésion tuberculeuse primitive.

Letulle a publié un beau cas d'appendicite bacillaire ulcéreuse compliquée d'un processus infectieux qui vient à l'appui de cette théorie (obs. V).

Nous-même, dans les cas personnels d'appendicite tuberculeuse que nous rapportons, avons trouvé, en plus des lésions tuberculeuses : une fois une poussée aiguë récente (obs. I) et une autre fois un tricocéphale qui était venu irriter un organe malade, mais jusqu'alors silencieux (obs. II).

Pour Petit, cette progression est très rare.

Or, au récent Congrès de la Tuberculose (1905), on a reconnu que l'appendicite tuberculeuse n'existe guère comme entité clinique. D'ordinaire les lésions bacillaires du vermium ne se manifestent, à grand fracas, que dans les cas de perforation.

Sinon, la crise n'éclate qu'à l'aide d'un corps étranger, du bactérium coli ou autre, irritant l'appendice altéré et faisant entrer en jeu le péritoine.

Cela donne une grande valeur à la théorie du professeur Cornil qui fait primitive la tuberculose et secondaire l'infection banale.

b) *Pathogénie*

Quelles sont les raisons de la prédilection de la tuberculose pour l'appendice ?

Petit, dans sa thèse, retient volontiers l'explication basée sur la constitution anatomique de l'organe.

« De même que l'amygdale constitue une porte d'entrée fréquente du bacille de Koch, de même l'appendice par la richesse de ses follicules lymphatiques se prête également bien au développement de la tuberculose. » Ces lignes de Natale Palermo sont approuvées par Roux (de Lausanne) : « La comparaison de l'appendice à l'amygdale reste ce qui a été dit de plus sensé au point de vue pathogénique, elle explique la pénétration des microbes et leur propagation. Il n'y a pas lieu de chercher plus loin ; en tout cas, on n'a pas trouvé mieux. »

Certes, nous ne nions pas la prédilection de la tuberculose pour les organes lymphatiques ; mais, puisque, dans l'intestin, la lésion bacillaire ne siège pas au niveau de la plaque de Peyer, nous croyons qu'on ne peut attribuer cette localisation spéciale à la richesse lymphoïde de l'appendice.

D'ailleurs le professeur Reclus considère la comparaison précédente comme sans portée, puisque, pour

lui, cette même constitution lymphatique est favorable au bon état du vermium, d'après sa théorie de la stagnation.

c) *Voies d'accès*

Le bacille de Koch aborde l'appendice par trois manières différentes :

Dans les cas les plus nombreux, l'agent microbien prend la *voie intestinale*. Cela est certain quand il y a dans le tube digestif des ulcérations tuberculeuses puisque le flux des matières favorise l'extension des lésions jusqu'au vermium. Chez les phtisiques la déglutition des crachats amène le bacille dans l'intestin. Ce mode de contamination est plus évident que la propagation par le lait ou la viande d'animaux tuberculeux.

Le bacille arrivé dans l'organe attaque le plus souvent la muqueuse.

L'envahissement, en sens inverse, de la séreuse et de la musculeuse est qualifié d'exceptionnel ; mais il peut se faire par la *voie lymphatique* dans le cas de tuberculose du péritoine, et même des annexes de l'utérus par l'intermédiaire du ligament appendiculo-ovarien.

La *voie sanguine* est très séduisante pour expliquer l'altération tuberculeuse limitée à l'appendice. Cela ressort des expériences communiquées à la Société de Biologie par Charrin et Gouget qui pro-

voquèrent une pseudo-tuberculose du vermium par inoculation intra-veineuse.

Ces auteurs concluent : « Cette localisation élective sur l'appendice est fort intéressante, car elle nous permet, jusqu'à plus ample informé, d'admettre l'appendicite tuberculeuse par infection sanguine. »

CHAPITRE III

Diagnostic séméiologique

1° *Appendicite aiguë*

La crise d'appendicite aiguë se manifeste, chez le tuberculeux, de la même façon que chez les autres individus.

Les accidents éclatent pareillement, en coup de pistolet. La douleur spontanée, très vive, apparaît dans la fosse iliaque droite, avec maximum au point de Mac-Burney, au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Le ventre est ballonné, avec défense musculaire et hyperesthésie cutanée.

Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent bientôt bilieux. La langue est sèche et la constipation fréquente. Le facies se grippe. Le pouls est petit, rapide ; un mouvement fébrile s'accuse par une ascension thermique à 38 ou 39 degrés.

2° *Appendicite chronique*

L'appendicite chronique à laquelle on songe aujour-

d'hui, en présence de désordres gastro-intestinaux tenaces et de sensations douloureuses dans la fosse iliaque droite, est plus difficile à déceler chez les bacillaires. Nous ne voulons parler que de ceux dont les lésions intestinales sont peu étendues ; car, dès qu'un malade est atteint d'ulcérations intestinales, l'état de son vermium ne présente pas d'intérêt particulier.

Quand l'appendice est seul chroniquement enflammé, il provoque un malaise abdominal, une vague pesanteur. Ces troubles ne sont pas toujours limités, ni prédominants dans la région iléo-cæcale ; ils peuvent être très diffus, occupant tout l'abdomen ou présentant des localisations variables.

Tantôt, il s'agit de sensations fort douloureuses ou vagues par tout le corps, tantôt de coliques irradiées ou siégeant dans tout le côté droit et même dans la région abdominale inférieure.

Parfois, il y a des selles très irrégulières avec ténesme, parfois des mouvements désordonnés de l'intestin, accompagnés de borborygmes entendus à distance.

Du côté de l'estomac : état catarrhal qui se manifeste par du pyrosis, des renvois, de la pesanteur et même des vomissements.

Cependant il n'est pas rare que les tuberculeux ressentent des douleurs vagues dans la fosse iliaque droite et un peu de sensibilité à la pression, sans qu'on soit autorisé, par ces trop frustes symptômes, à déclarer l'existence d'une appendicite.

Il s'agit alors d'un début d'entérite ulcéreuse qui pourra prêter à la confusion, par suite des phénomènes douloureux localisés à la fosse iliaque droite (obs. XXXII). Là se trouvent la fin de l'iléon, la valvule de Bauhin et le cæcum, sièges fréquents des lésions tuberculeuses de l'intestin.

3° *Appendicite tuberculeuse*

Quand, par l'ensemble des signes cliniques, on a conclu à l'appendicite, il faut se demander si elle est ou non d'origine tuberculeuse. Autrefois, l'appendicite tuberculeuse n'était connue que par sa manifestation retentissante et fatale : la péritonite aiguë par perforation.

Aujourd'hui, sans attendre cette redoutable complication, les cliniciens se préoccupent de la nature bacillaire de l'appendicite, car cette forme est importante au point de vue opératoire. Mais ils ne parviennent pas aisément à établir un diagnostic ferme.

Petit n'a relevé que trois cas dans lesquels on avait « songé » à l'appendicite tuberculeuse. Ces présomptions ont été confirmées par l'opération.

Par contre, nous rapportons des observations dans lesquelles, ce même diagnostic ayant été émis, l'opérateur eut affaire soit à un cancer (obs. LV), soit à une tuberculose iléo-cæcale (obs. XLII).

On ne pourra penser à l'appendicite tuberculeuse que chez les sujets ayant quelque tare bacillaire manifeste ; car chez ceux qui ne présentent aucune

lésion apparente de tuberculose pulmonaire ou autre, le diagnostic de la variété sera cliniquement impossible et ne se fera, s'il y a lieu, que par l'étude microscopique de l'organe (obs. I, III, IV, V).

Nous avons rencontré, dans le service de M. Walther, un cas où l'appendice, enlevé systématiquement au cours d'une laparotomie pour hystéropexie, renfermait : un trichocéphale, des lésions chroniques et des follicules tuberculeux. On n'avait trouvé, avant l'opération, que de très petits signes objectifs d'appendicite chronique et rien n'avait permis de soupçonner la tuberculose chez cette femme (obs. II).

Même chez les phtisiques avérés ou suspects, le diagnostic d'appendicite tuberculeuse présentera de sérieuses difficultés.

Il faudra, ainsi que l'a conseillé Bouglé, fouiller les antécédents du malade, rechercher parmi ses ascendants et ses collatéraux les affections tuberculeuses.

« Si l'appendicite évolue chez un sujet lymphatique au teint pâle, chargé d'antécédents bacillaires et ayant lui-même d'autres manifestations qui font craindre la tuberculose confirmée dans un délai variable, si surtout il s'agit de la forme subaiguë, à crises atténuées ou de la forme chronique à peu près apyrétique et douloureuse de l'appendicite, on devra faire toutes réserves sur la possibilité de l'infection tuberculeuse. »

Tout cela rentre plus dans le domaine de la probabilité que de la réalité.

Certains symptômes qu'on a dits pathognomoniques d'appendicite tuberculeuse ne nous paraissent pas avoir la valeur qu'on leur prête.

En effet, la diarrhée qui très fréquemment, dans les cas cités d'appendicite bacillaire, remplace la constipation, signe classique de l'appendicite commune, a été rencontrée par nous dans le service de M. Walther pour bon nombre de cas chroniques, alors que les lésions histologiques du vermium étaient banales.

On attribue à la douleur de la forme tuberculeuse un siège spécial péri-ombilical ; mais nous avons mentionné les variations de la douleur dans toute appendicite chronique.

La présence ou l'absence de ganglions inguinaux n'est pas à considérer.

La chronicité de l'affection, les rechutes fréquentes et rapprochées sans amélioration, chez un sujet qui reste pâle, amaigri avec un peu de fièvre vespérale, ont peu de valeur, puisque ces troubles existent dans l'appendicite chronique ordinaire.

Lasègue disait autrefois : « Toute typhlite à répétition c'est de la tuberculose. » Aujourd'hui, nous pouvons affirmer que la répétition de la typhlite ou de l'appendicite n'en démontre pas la nature bacillaire.

La recherche des bacilles dans les matières fécales n'offre pas non plus grande confiance, c'est un procédé incertain et difficile.

Actuellement, nous trouvons un moyen de contrôle de la tuberculose dans le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont. Les résultats donnés par cette technique sont appréciables et dignes d'être mis en évidence.

Quand le diagnostic de la forme bacillaire n'aura pu être précisé, c'est pendant l'opération faite pour appendicite banale, chez un tuberculeux, que, parfois, on constatera la nature de la lésion : si l'on trouve une volumineuse adénopathie, par exemple, la simple inspection suffira pour mettre en relief la tuberculose.

Mais, plus souvent, l'examen *de visu* restera douteux et c'est alors qu'il faudra se rappeler la formule de Letulle qui conseille de soupçonner de nature tuberculeuse toute appendicite chronique.

La recherche des foyers caséeux folliculaires, des cellules géantes et du bacille de Koch sera régulièrement pratiquée pour toutes les observations, alors même que la lésion aura présenté l'allure phlegmoneuse la plus franche.

CHAPITRE IV

Diagnostic anatomo-pathologique

Variétés histo-pathologiques d'appendicites chez les tuberculeux

Les lésions appendiculaires diverses se rencontrent très souvent chez les tuberculeux. Ce sont les recherches d'autopsie qui permettent cette constatation ; car chez le bacillaire vivant, les crises douloureuses nécessitant l'opération sont relativement rares, par rapport à la fréquence des altérations de l'organe.

Des trente-huit bacillaires observés par Tuffier et Jeanne, vingt-quatre avaient l'appendice malade.

La statistique de Letulle, publiée par Lesueur, est plus importante, puisqu'elle porte sur la nécropsie de 500 tuberculeux ; elle évalue le mauvais état du vermium à 48 o/o.

Histologiquement, l'appendice des bacillaires est indemne dans la moitié des cas ; mais, lorsqu'il est touché, il présente soit de l'inflammation aiguë, soit une altération chronique, soit ces deux formes asso-

ciées. L'altération chronique est de beaucoup la plus commune.

D'autres fois, on rencontre la tuberculose du vermium qui s'est rarement révélée pendant la vie, à moins d'altération secondaire surajoutée.

Nous allons exposer l'aspect macroscopique et microscopique de ces manifestations histo-pathologiques.

I. — Aspect macroscopique

1° *Appendicite aiguë*

L'appendicite aiguë ne présente à l'œil nu rien de particulier chez les tuberculeux.

Comme chez les autres sujets, on trouve soit une simple tuméfaction et une hyperhémie de la muqueuse avec ou sans hémorragies, soit des ulcérations et même la perforation qui est l'aboutissant des lésions folliculaires ou de la nécrose de l'organe.

2° *Appendicite chronique*

Plus souvent on reconnaît des lésions chroniques du vermium, 20 o/o en moyenne.

Les formes en sont multiples : oblitération, sténose cicatricielle, dilatation, kyste, ulcération chronique simple limitée à l'extrémité, calcul stercoral.

Autour de l'appendice on voit le péritoine épaissi

et vascularisé ou surtout des adhérences atteignant les organes voisins.

3° *Appendicite tuberculeuse*

La tuberculose du vermium signalée dans 28 o/o des cas par Lesueur, chez les bacillaires avérés, a été rencontrée deux fois par Letulle, parmi 80 appendices enlevés pour appendicite aiguë banale.

Nous-même, dans une trentaine d'appendices dont 20 appartenaient à des sujets tenus pour tuberculeux, avons trouvé l'appendicite tuberculeuse deux fois, sur des organes enlevés chez des malades non soupçonnés de bacillose. L'appendicectomie était pratiquée : dans un cas systématiquement au cours d'une laparotomie (obs. II) et dans l'autre pour une appendicite chronique avec poussée aiguë (obs. I).

Il faut distinguer, d'après Petit, quatre formes macroscopiques d'appendicite tuberculeuse : nodule tuberculeux, ulcération, hypertrophie, dilatation kystique.

A la phase du *nodule tuberculeux*, l'appendice peut paraître sain ; il faut soit l'ouvrir, soit l'examiner au microscope pour constater l'altération spécifique.

Parfois les granulations sont évidentes, parfois l'organe est atteint par la sclérose ou l'atrophie. En incisant l'organe le long de son bord libre on aperçoit un ou plusieurs follicules faisant saillie au-des-

sus de la muqueuse sous forme d'une petite granulation grisâtre semi-transparente.

A un stade plus avancé, on a affaire à un petit tubercule sous-muqueux, plus ou moins envahi par la caséification. Tantôt la lésion se révèle seulement par une simple tâche blanchâtre de la muqueuse. Quelquefois ces altérations sous-muqueuses atteignent des dimensions plus considérables et l'on observe de gros tubercules caséeux. Ces foyers peuvent même se ramollir et donnent lieu à de véritables abcès froids sous-muqueux.

Les *ulcérations* constituent un état plus avancé et se rencontrent même à côté des tubercules intacts. On en trouve soit une seule isolée, soit plusieurs envahissant la muqueuse jusqu'à la confluence. Elles se localisent à l'extrémité inférieure de l'organe ou bien à l'orifice d'entrée, leur point d'élection.

Leur forme est variable, arrondie ou cylindrique. « Les bords de l'ulcération, taillés à pic soit boursouflés, soit aplatis, sont toujours pâles et plutôt durs que ramollis. Le fond est uni (ou du moins non végétant), grisâtre, pulpeux. Il demeure à plat également réparti, ou au contraire s'enfonce profondément en quelque point. C'est qu'en effet la muqueuse évacuée a laissé place à la sous-muqueuse, laquelle à son tour se trouve envahie par le processus de caséification. Peu à peu la place atonique demeure de la sorte enchâssée contre le fond de la sous-muqueuse ou bien elle désagrège successivement la musculature, et la sous-séreuse reste la dernière pro-

tection contre les infiltrations bacillaires. » (Letulle).

Cette phase ulcérative peut aboutir à la perforation. Le contenu du foyer septique pénètre dans la cavité péritonéale et peut provoquer la péritonite généralisée, accident dont la terminaison rapidement mortelle révéla aux premiers observateurs la tuberculose de l'appendice.

Si, par bonheur, des adhérences péri-appendiculaires existent, le processus se borne à une péritonite localisée, véritable abcès froid qui, s'il ne s'ouvre pas à son tour dans le péritoine, se complique souvent d'une fistule intestinale ou cutanée. Par l'orifice sort du pus, quelquefois mêlé à des matières fécales, dans lequel abondent les bacilles de Koch.

Les collections, parfois considérables, sont capables de s'étendre dans la fosse iliaque droite, de gagner le triangle de Scarpa (Roux), la région lombaire (obs. XLVIII) et même la fosse ischio-rectale. Ce qui entraîne des difficultés cliniques.

S'il est *hypertrophié*, l'appendice tuberculeux atteint le volume d'un à deux doigts. Il ressemble parfois même à l'intestin grêle.

D'une couleur blanc grisâtre, il paraît dur, mais n'est constitué que par du tissu friable capable de rendre l'intervention difficile et la cicatrisation problématique. Son épaississement transforme les tuniques et amoindrit la cavité. La muqueuse congestionnée est le siège de tubercules ou d'ulcérations.

Des adénopathies bacillaires boursouflent le méso à l'aspect lardacé.

Cette hypertrophie est, sans doute, une forme de défense contre l'infection tuberculeuse. On a même dit : « Des toxines virulentes donnent lieu à la nécrose et aux ulcérations, tandis qu'une toxine atténuée ou faible amène la prolifération et la phagocytose. » (Mallory-Crowder),

La *dilatation kystique* tuberculeuse bien que rare a été rencontrée par Letulle.

« L'appendice peut atteindre le volume du pouce. Sa paroi est si mince qu'elle permet de voir la transparence du liquide et qu'elle se rompt avec la plus grande facilité. En général il n'y a pas d'adhérences. Le vermium est régulièrement cylindrique. Quand on l'ouvre, on est tout d'abord frappé par l'excessive minceur de la paroi qui n'a guère plus de 1 millimètre d'épaisseur. La face interne présente parfois des ulcérations. Le liquide est tantôt clair, citrin, tantôt louche, lactescent, muco-purulent, tantôt enfin semblable à du pus d'abcès froid. » (Petit).

II. — Aspect microscopique

1° *Appendicite aiguë et appendicite chronique*

Dans l'appendicite aiguë du tuberculeux, l'inflammation des follicules clos, décelée par le microscope, est classique. Mais cette altération est rarement pure ; presque toujours elle complique la forme chronique qu'elle a révélée (obs. VI).

Les appendices des tuberculeux remis par Cathelin à Letulle confirmaient cette remarque.

C'est dans des organes chroniquement enflammés que nous-même avons constamment trouvé les lésions aiguës chez les bacillaires opérés par M. Walther, et qui furent les sujets de nos recherches de laboratoire.

Voici les différents aspects qu'on rencontre :

La *forme oblitérante* est produite par la soudure des parois ulcérées : la muqueuse étant complètement détruite, des bourgeons partent de la paroi irritée pour former des travées conjonctivo-vasculaires qui circonscrivent des cavités remplies de pus. La sous-muqueuse est parcourue par de nombreux vaisseaux sanguins.

Mais on observe peu cette phase, et c'est le stade de *cicatrisation*, qu'on a surtout l'occasion d'examiner. La coupe représente une cocarde ainsi constituée : à la place du canal disparu se trouve une cicatrice ; puis, de dedans en dehors, une zone inflammatoire très vascularisée ; plus en dehors le reste de la muqueuse chroniquement enflammé ; enfin les couches musculaires à peu près intactes.

Dans la *sténose*, on aperçoit encore la lumière du canal mais amoindrie, déplacée, un épithélium uniforme l'entoure, puis un chorion amorphe peu vascularisé dépourvu de glandes ; la muscularis mucosæ a disparu ou est hypertrophiée, les follicules lymphatiques sont atrophiés, transformés en placards sclé-reux. Une inflammation chronique altère le reste de

la sous-muqueuse, les deux couches musculeuses sont souvent plus larges. Séreuse et péritoine présentent des réactions variables.

On trouve à peu près les même altérations, tendant vers l'atrophie, dans l'*ectasie* du vermium.

2° *Microbes*

Quant aux microbes, on les rencontre dans ces formes sur toutes les couches de la paroi et jusque sur la face péritonéale.

Dans la tuberculose appendiculaire, au contraire, les coupes montrent des variétés microbiennes diverses, la plupart colimorphes, sur la face interne du vermium. Couramment les microbes se tiennent dans les anfractuosités des ulcérations ; on les retrouve en quantité progressivement décroissante dans les couches les plus voisines, mais très rapidement ils disparaissent.

On n'en remarque plus dans la profondeur, si ce n'est, par la coloration au Ziehl, des bacilles de Koch dans les follicules tuberculeux et dans les amas embryonnaires qui traduisent, sur la coupe, les granulations et les lymphangites bacillaires.

Il y a donc une différence fondamentale entre ces deux processus qui ne doivent pas être confondus.

Dans l'*appendicite banale*, il s'agit d'une marche infectante, d'une invasion de microbes intestinaux s'effectuant à travers les parois du vermium.

Dans la *tuberculose de l'appendice*, ces mêmes

microbes restent cantonnés dans les couches voisines de la cavité et cependant n'ont plus en face d'eux qu'une paroi dénudée, privée de muqueuse.

Agressifs, envahissants, malgré l'intégrité des parois dans le premier cas, les microbes restent inoffensifs dans le second cas, malgré les facilités que semblent leur offrir les lésions internes de la paroi.

3° *Appendicite tuberculeuse*

La muqueuse, d'après Letulle, est altérée en premier lieu, dans la tuberculose de l'appendice.

Cependant à la phase des *nodules*, ce sont les follicules clos qui semblent d'abord touchés ; l'épithélium et les glandes ne sont envahis que secondairement.

Pour expliquer cela, nous invoquons l'observation faite par le professeur Cornil, sur l'intestin : l'agent microbien peut s'introduire dans les parois, même à travers un épithélium sain, en pénétrant entre deux cellules.

Les *nodules tuberculeux* siègent parfois sous la séreuse ; mais, le plus souvent, dans les follicules lymphatiques sous-muqueux. Ils renferment des cellules géantes et épithélioïdes.

Quand, par caséification, cette lésion aboutit à l'*ulcération*, voici ce que montre l'examen microscopique : une altération prononcée de la couche profonde de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

L'épithélium est presque totalement disparu, en de nombreux points la muqueuse est détruite, les follicules lymphatiques sont désagrégés.

Les troubles sont plus accentués vers la sous-muqueuse qui est bourrée de blocs caséeux ou de follicules tuberculeux riches en cellules géantes ou en bacilles de Koch ; en outre les caillots qui se rencontrent dans les vaisseaux irrités renferment de nombreux bacilles.

Par les interstices et les lymphatiques, l'envahissement se fait jusqu'à la surface de la couche musculaire, ce qui détermine une myosite interstitielle tuberculeuse.

C'est une sclérose proliférante généralisée qui, dans la *variété hypertrophique*, déforme les tuniques du vermium. Par places, l'épithélium et les glandes en tubes n'existent plus. Par contre, on note l'épaississement de la musculeuse par prolifération des cellules lisses et par néoformation de tissu parcouru par des vaisseaux jeunes. Ce même tissu accroît séreuse et sous-séreuse, le tout renfermant des vaisseaux très dilatés qui se continuent dans le méso.

Les follicules tuberculeux, rares dans cette forme (souvent confondue avec le sarcome), se reconnaissent parmi les éléments embryonnaires qui abondent entre les travées conjonctives.

La *dilatation kystique* est au contraire caractérisée par une atrophie très marquée de toutes les couches de l'appendice. La muqueuse a conservé son épithélium, mais les cellules en sont aplaties. Les glandes

en tubes raccourcies viennent s'y coucher obliquement.

Les foyers caséeux, les cellules géantes se tiennent dans les follicules diminués et peu abondants.

III. — Rapports anatomo-pathologiques entre l'appendicite et la tuberculose

Il n'y a qu'une simple coexistence entre l'*appendicite banale* aiguë ou chronique et la *tuberculose pulmonaire ou même intestinale*, cette inflammation n'est à signaler que comme point d'appel possible.

On a répété que l'appendicite bacillaire devait être très répandue sous le masque de l'altération chronique et méconnue par manque d'examen histologique.

Or nos recherches ont porté plus particulièrement sur les appendices enlevés chirurgicalement chez des bacillaires pulmonaires, et ces organes, chroniquement enflammés, n'étaient tuberculeux dans aucun cas (obs. VII à XXVII).

C'est grâce à l'examen de pièces recueillies chez des opérés considérés comme normaux, que nous pouvons apporter deux nouveaux cas d'appendicite tuberculeuse (obs. I et II).

Les cellules géantes n'existaient pas seules, mais étaient accompagnées d'inflammation chronique ancienne et aussi d'inflammation aiguë récente à laquelle nous avons attribué plus qu'à la bacillose les troubles cliniques.

Les rapports anatomo-pathologiques ne sont inté-

ressants qu'entre la *tuberculose de l'appendice* et les *autres tuberculoses*.

L'envahissement, par le bacille de Koch, des méninges, des reins, des os, des articulations, etc., n'a aucun retentissement sur le vermium.

Les lésions pulmonaires coexistent ordinairement avec l'appendicite tuberculeuse, puisqu'elles causent le plus souvent la bacillose intestinale et appendiculaire. Ce sont des tuberculeux avancés, ayant des lésions étendues du poumon ou de l'intestin, qui présentent la plupart du temps la tuberculose du vermium.

Par rapport à la bacillose intestinale, cet organe arrive au chiffre de 28 o/o, dans l'ordre de fréquence, après le grêle et le cæcum.

On peut trouver, au cours des opérations, l'appendice tuberculeux sans autre lésion bacillaire appréciable chez le malade. Mais Lesueur prétend avoir toujours reconnu à l'autopsie des traces de tuberculose ailleurs que dans l'organe incriminé.

Cette assertion nous paraît conforme à la réalité, et ne doit pas comporter d'exceptions. Elle est du reste en rapport avec les idées généralement admises, depuis l'époque où Louis a formulé sa loi pathologique sur les manifestations de la tuberculose chez l'adulte.

Dans 8 o/o des cas, l'intestin peut être indemne et l'appendice seul tuberculisé.

Par contre, on constate quelquefois des lésions intestinales très étendues avec un vermium sain. En

particulier, dans la tuberculose iléo-cæcale très accentuée, l'appendice peut être intact ou touché seulement vers sa base d'implantation.

Nous avons parlé des lésions du péritoine péri-appendiculaire. Quant aux péritonites tuberculeuses généralisées, elles ont peu de tendance à envahir les couches de l'appendice dont l'altération progresse couramment de la muqueuse vers l'extérieur. Dans ces cas, le vermium est caché par des adhérences caséeuses ou bien couvert de granulations qui se reconnaissent généralement à l'œil nu.

L'adénopathie du méso, qui existe dans l'appendicite ordinaire, devient considérable dans la forme tuberculeuse. Il se fait alors une propagation vers les ganglions mésentériques, méso-coliques et même iliaques.

Gérard-Marchant, Reynier, Dieulafoy ont signalé que, s'étant trouvés en présence de phénomènes appendiculaires, ils avaient obtenu, par l'opération, un organe sain avec des ganglions avoisinants tuberculeux (obs. XLIV et XLV).

Au microscope, les lésions de ces derniers étaient conformes à celles décrites par Cornil dans les adénopathies secondaires aux entérites tuberculeuses, alors que, dans le vermium, on ne trouvait rien d'anormal.

A propos de ces observations, l'hypothèse de Bérard et Patel paraît séduisante, bien que discutable. Ces auteurs croient que la tuberculose peut

altérer les tissus d'emblée, sans que la présence des lésions spécifiques soit nécessaire, l'action des toxines seules étant suffisante.

CHAPITRE V

Diagnostic différentiel

Nous ne nous attarderons pas, chez les tuberculeux, où ce diagnostic ne présente rien de caractéristique, à différencier l'appendicite des affections suivantes : embarras gastrique, entéro-colite, fièvre typhoïde, colique hépatique, colique néphrétique, rein mobile, annexite droite (obs. LII et LIII), hématocèle rétro-utérine, occlusion intestinale aiguë, péritonite pneumococcique, péritonite par perforation, etc.

Nous insisterons, au contraire, sur les cas où il faut distinguer l'appendicite d'avec les différentes manifestations de la tuberculose :

1° On a pu confondre, surtout chez les enfants et les adolescents, les désordres de l'état général causés par l'appendicite chronique avec ceux provoqués par la prétuberculose (obs. XXVI, XXVII, XXVIII);

2° Dans la bacillose pulmonaire avérée, on attribue parfois à cette maladie tous les troubles, même les plus bruyants, dus à l'appendicite chronique insoupçonnée (obs. XXIX à XXXIII) ;

3° Enfin, on a commis des erreurs entre l'appen-

dicite et certaines affections tuberculeuses : coxalgie (obs. XXXV à XXXVIII), péritonite bacillaire (obs. XXXVIII à XLII), adénopathie tuberculeuse (obs. XLIV et XLV), tuberculose iléo-cæcale (obs. XLII et XLIII), etc.

1° *Diagnostic entre l'appendicite chronique et la prétuberculose.*

L'appendicite chronique à forme dyspeptique et la prétuberculose offrent le même tableau clinique ; toutes deux s'installent d'une façon sourde et insidieuse et altèrent pareillement l'état général. Envisageons leurs communes manifestations.

Les digestions, dans les deux cas, sont ralenties, accompagnées de douleur diffuse à l'épigastre avec flatulence et ballonnement d'estomac. Les renvois sont fréquents ; parfois surviennent des nausées et même des vomissements.

L'anorexie apparaît et devient croissante. Chez les appendiculaires, elle est souvent élective, d'après Walther, et peut porter sur le vin rouge, les viandes rouges. On s'étonnera donc, dans les cas d'appendicite prise pour la prébacillose, de voir des sujets rebelles à la suralimentation et refuser les vins généreux et la viande crue.

Par suite de cette gêne de l'alimentation, l'amaigrissement devient rapide et extrême. Or, une

pareille dénutrition ne va pas sans provoquer une grande faiblesse et une fatigue constante.

Le facies se couvre d'une pâleur anémique, l'aspect extérieur est languissant, maladif. Du côté de la température, on note quelques poussées thermiques vespérales.

Rien n'attire l'attention du côté de l'appendice : pas de douleur fixe abdominale ; quelques coliques vagues, prédominant peut-être à droite, s'expliquent par la diarrhée alternant avec la constipation plus fréquente.

La sensibilité à la pression et le petit cordon induré qui fixeraient le diagnostic ne sont ordinairement pas recherchés dans les formes aussi frustes.

On songe plutôt, chez un enfant chétif, chez un adolescent anémique, chez un adulte qui n'assimile plus, pâlit et s'affaiblit à un début de tuberculose.

Le malade déprimé respire peu, on entend mal le murmure vésiculaire au sommet des poumons, on croit percevoir quelques signes sthétoscopiques et l'on traduit ces impressions au moins par le mot de prébacillose.

Avec un diagnostic aussi menaçant, on n'hésite pas à instituer un traitement d'autant plus énergique qu'il paraît encore être l'heure de conjurer le danger. Et l'on entraîne le malade parfois vers le sanatorium en des voyages épuisants, mais toujours vers la suralimentation.

Par ce régime, le tube digestif est soumis à une rude épreuve. On s'étonne du dégoût pour la viande

rouge, des digestions pénibles, des vomissements qui deviennent fréquents et l'on s'inquiète, en présence d'une pareille intolérance gastrique, de la curabilité des lésions pulmonaires que l'on attend toujours.

Fort heureux si, en un tel état de moindre résistance, au cours du voyage ou du séjour au sanatorium, l'appendiculaire méconnu ne contracte pas enfin les germes bacillaires qu'il n'avait pas au début.

Nombreux sont les cas que nous a rapportés notre maître M. Walther, de ces malades dont les troubles digestifs et le dépérissement furent mis sur le compte d'une prétuberculose, alors qu'ils étaient causés par l'appendicite chronique.

L'observation XXVII relate parfaitement ce genre d'erreur.

Pour combattre une tuberculose fictive, on institue le traitement le plus contraire au mal réel et l'on impose à l'intestin, qui aurait besoin de repos, un surmenage funeste, par la suralimentation.

Au cours de cette cure malfaisante éclatera parfois une crise de révolte appendiculaire qui attirera enfin l'attention sur l'organe malade. Cette complication nécessite au moins le régime lacté ou la diète favorable, d'après Walther, pour préciser les troubles de l'appendicite latente.

Si l'on est enfin éclairé sur le rôle joué par le vermium dans les troubles digestifs et si l'on hâte l'opération, on assiste ensuite à une véritable résurrection du sujet.

Dès la convalescence, l'alimentation redeviendra possible, les forces renaîtront, l'épuisement disparaîtra, le facies aura meilleur aspect. Plus de cernes aux yeux, mais un regard clair et reposé, plus de teint anémique, mais une coloration rosée du visage.

Par suite de cette amélioration, les mouvements respiratoires auront plus d'amplitude et en aucun point des poumons on ne retrouvera les obscurités inquiétantes d'autrefois.

Mais comment, en présence du mauvais état général, sans attendre la crise révélatrice, faire le diagnostic d'appendicite et non de prébacillose si souvent soupçonnée.

Nous avons vu que les *signes fonctionnels* sont sujets à confusion ; mais cependant, à part la dénutrition dépourvue de cause apparente et volontiers attribuée, jusqu'à présent, à la tuberculose au début, rien, pas même les indices sthétoscopiques indispensables, ne permet de soutenir la bacillose, alors surtout qu'aujourd'hui on connaît une altération identique de la santé générale par l'appendicite chronique.

En faveur de cette dernière affection, peut-être faut-il, parmi les symptômes semblables, faire remarquer l'anorexie élective, la constipation, la recrudescence des phénomènes douloureux au moment de la plus grande activité de la digestion intestinale.

Les *signes physiques* sont les plus caractéristiques ;

mais, à cause de leur latence, il faut littéralement « mettre le doigt dessus ».

C'est, en effet, quand on connaît la possibilité de la confusion entre l'appendicite chronique silencieuse et la prétuberculose, qu'en présence des troubles cliniques esquissés plus haut on portera l'attention sur la région du vermium.

Là, par une palpation profonde, on détermine, au siège de l'appendice, le plus fréquemment au point de Mac-Burney, une douleur telle qu'en aucun point on n'en provoquera de pareille. Cette douleur à la pression, dont la soudaineté surprend désagréablement le malade, pourra être retrouvée, au même point, à chaque exploration ; elle persiste pendant un temps notable après son apparition.

Souvent elle retentit à l'ombilic et à l'épigastre, parce que les filets du plexus mésentérique supérieur issu du plexus solaire se distribuent à la totalité de l'intestin grêle, à l'appendice, au cæcum, au côlon ascendant et transverse. En outre, la palpation large et profonde des différentes régions de l'abdomen, autres que la fosse iliaque droite, éveille une sensation douloureuse au niveau du vermium.

Si la pulpe des doigts est attentive, elle pourra, dans certains cas, percevoir une sensation de cordon ; c'est particulièrement chez les individus maigres à paroi flasque que l'on sent ainsi l'appendice rouler sous le doigt.

Pour M. Walther, qui nous a bien montré cette recherche délicate, la palpation permet aussi de déce-

ler une résistance dans la fosse iliaque droite, par comparaison avec le côté sain et donne une impression d'épaississement du bord interne du cæcum.

Dans le cas où l'appendice est bas situé, le toucher rectal fournira d'utiles renseignements.

2° *Diagnostic de l'appendicite masquée par la tuberculose*

On est excusable de n'attribuer, même à tort, qu'à la tuberculose pulmonaire l'état général du phtisique atteint d'appendicite chronique, si aucune douleur spontanée ne fait soupçonner l'état du vermium. Il en est de même quand l'appendicite se manifeste plus violemment, mais toujours par des troubles généraux communs, avec la bacillose pulmonaire.

Ainsi, dans la très intéressante observation de M. Gaillard, il y avait non seulement des symptômes dyspeptiques dus surtout, comme l'avenir l'a prouvé, à l'appendicite, mais encore une fièvre hectique peu en rapport avec le degré des lésions sthétoscopiques, fièvre causée par la réaction appendiculaire, puisqu'elle disparut totalement au lendemain de l'appendicectomie pratiquée après une crise aiguë révélatrice du véritable mal (obs. XXIX).

Loin de nous l'idée de voir l'appendicite chronique partout où l'on croit seulement trouver la tuberculose pulmonaire soupçonnée ou confirmée.

Notre but est d'insister sur la nécessité qu'il y a

de connaître chez les tuberculeux le passé appendiculaire. Il faut fouiller dans les antécédents pour y déceler les sensations douloureuses localisées à la fosse iliaque droite, il faut être à l'affût de la moindre douleur fixe au point de Mac-Burney, afin de constater si les troubles dyspeptiques, tant préjudiciables aux bacillaires, n'ont pas pour cause principale et curable l'altération du vermium.

3° *Diagnostic entre l'appendicite et certaines manifestations tuberculeuses.*

a) *Douleur.* — Chez des enfants malingres la douleur abdominale causée par l'appendicite chronique peut, par un phénomène réflexe, provoquer la contracture des adducteurs de la cuisse, en même temps que celle des muscles de la paroi abdominale.

Il s'ensuit une gêne réelle des mouvements de la hanche et une claudication légère. Pour peu que cet état se prolonge et que la crise soit sourde, on porte le diagnostic de *coxalgie*.

C'est là, en vérité, une exception et l'examen attentif de l'articulation, d'une part, de la région iliaque, d'autre part, permet d'éviter l'erreur. Toutefois, nous rapportons l'observation d'une fillette chez laquelle l'appendicite reconnue par Poncet (de Lyon) avait été prise auparavant pour une coxalgie (obs. XXXV).

Tillaux (obs. XXXVI), Guinard (obs. XXXVII),

Schwartz ont observé des faits semblables. Nélaton a rencontré un cas et Walther deux autres de ce genre dans lesquels l'extension continue avait été consciencieusement pratiquée.

Comme rareté, nous signalerons la confusion de l'appendicite avec une broncho-pneumonie tuberculeuse (obs. XXXIII), avec une pleurésie purulente, avec la pleurésie bacillaire de l'enfant, chez qui le point de côté est souvent abdominal (Brun).

Enfin, Broca a vu un cas d'appendicite qui, chez une hystérique, simulait à s'y méprendre une méningite tuberculeuse.

Nous n'insistons pas sur ce genre de difficultés qu'il suffit de connaître pour les résoudre.

L'appendicite subaiguë, chez un bacillaire, peut être prise pour une *péritonite tuberculeuse*, quand la suppuration se fait insidieusement avec fièvre rémittente à exaspérations vespérales. Talamon cite un cas où l'on crut, en présence d'une troisième attaque appendiculaire avec amaigrissement, cachexie, fièvre hectique, à une tuberculose péritonéale et où l'on voulut trouver des craquements au sommet des poumons (obs. XLI).

Sotty (de Lyon) rapporte des observations de péritonite bacillaire à début brusque, simulant l'appendicite et nécessitant, pour rendre le diagnostic possible, une recherche attentive des symptômes caractéristiques. Bénéficiant d'une incertitude, des malades de Brun et de Routier, laparotomisés d'urgence pour fausse appendicite, guérirent rapidement

de leur réelle péritonite tuberculeuse (obs. XXXVIII et XXXIX).

b) *Tumeur.* — Quand on a constaté une tumeur de la fosse iliaque droite chez un tuberculeux, il faut, avant de conclure à l'appendicite, songer à une affection capable d'induire en erreur un praticien même expérimenté : nous voulons parler de la tuberculose iléo-cæcale.

C'est en 1892, lors de la discussion soulevée à la Société de Chirurgie au sujet de l'appendicite et de son traitement, que le professeur Terrier a le premier signalé l'importance de ce diagnostic au point de vue de l'intervention. D'autres, après lui, sont venus exposer les déplorables résultats opératoires que peut entraîner la confusion.

Aujourd'hui, on est mieux armé et si, au cours de l'appendicectomie, le chirurgien sait reconnaître la tuberculose du cæcum, il n'hésite pas à remédier à l'insuffisance de son diagnostic par une large résection intestinale (obs. XLIII). Il n'y aura d'insuccès que dans les cas où les lésions de l'intestin étant peu accentuées, l'opérateur se contentera d'enlever le vermium qui, par l'examen, sera reconnu tuberculeux ou non.

Quelque temps après l'intervention, pourra survenir une récidive douloureuse avec fistulisation du moignon appendiculaire (obs. LIII et LVIII). Si le malade meurt, l'autopsie révélera parfois des ulcérations bacillaires du cæcum seul, ou de toute la masse intestinale et même une infiltration tuberculeuse du

péritoine, par suite d'une poussée aiguë consécutive à l'opération incomplète.

Il est donc prudent, avant de prendre le bistouri, de se renseigner, autant que possible, sur l'étendue de la lésion. Car, s'il est regrettable d'aller seulement à la recherche du vermium alors que tout un territoire intestinal est atteint de tuberculose, il serait désastreux lorsque l'appendice seul est en jeu, de s'abstenir parce que le volume de la masse incriminée fait redouter un envahissement de tout l'angle iléo-cæcal.

Le diagnostic différentiel de ces deux affections est-il donc impossible ? Nous ne le croyons pas, dans la grande majorité des cas tout au moins.

D'abord, les lésions tuberculeuses du cæcum accompagnent le plus souvent une entérite bacillaire avancée, reconnaissable à ses signes particuliers. Il peut y avoir des selles sanguinolentes ou du véritable mélæna ; en outre, les ganglions mésentériques sont envahis.

Si l'état est moins grave, on ne devra guère se fier aux commémoratifs, puisque la forme d'appendicite sur laquelle nous insistons a, comme la tuberculose cæcale, un début insidieux, une marche lente, avec d'identiques douleurs sourdes, de semblables irradiations. La plupart des symptômes concordent pareillement. Nous avons dit qu'on ne peut attribuer de valeur caractéristique à la douleur, aux vomissements, à la fièvre pas plus qu'à la diarrhée elle-même dans ces deux cas.

Un signe en faveur de la tuberculose iléo-cæcale est fourni par la sensation de dureté particulière de la portion terminale de l'intestin grêle, due aux ulcérations circulaires tuberculeuses.

Mentionnons comme autres tuméfactions capables de siéger dans la fosse iliaque droite : la tuberculose du péritoine ou de l'épiploon (obs. XL) et encore l'adénopathie péricæcale rencontrée chez les bacillaires, même en dehors de toute lésion intestinale apparente.

La forme pelvienne de l'appendicite sera distinguée chez nos malades de l'annexite tuberculeuse par le toucher vaginal et rectal (obs. LIII).

c) *Abcès.* — Lorsque l'appendice perforé d'un phtisique donne lieu à des phlegmons péritonéaux enkystés, la confusion devient possible, non pas avec les collections chaudes mais avec ces abcès qui siègent dans la fosse iliaque interne provenant d'une tuberculose de la colonne vertébrale, de la crête iliaque ou de l'articulation sacro-iliaque. Cependant, les commémoratifs et l'étude du siège précis de la collection purulente, de sa profondeur, de ses rapports avec les organes pyogènes éclairent suffisamment sur la nature et l'origine de l'infection.

L'abcès appendiculaire siège toujours, au début, vers le milieu de la ligne ilio-ombilicale ; il n'est séparé de la main exploratrice que par la paroi abdominale antérieure et l'épiploon parfois épaissi.

L'abcès froid iliaque, au contraire, est d'abord situé très profondément en arrière de toute la masse

intestinale qu'il faut refouler pour arriver à percevoir une fluctuation rarement nette à cette période. S'il vient à pointer dans la fosse iliaque droite c'est en repoussant le péritoine en haut, et le pus se collecte alors parallèlement à l'arcade de Fallope et immédiatement au-dessus d'elle.

Mauclaire, Cathelin ont signalé l'erreur entre l'abcès appendiculaire lombaire et l'abcès par congestion dû à un mal de Pott lombaire (obs. XLVII et XLVIII) ; Miller, à cette période, a pu prendre une appendicite pour une tuberculose vertébrale (obs. XLVI).

d) *Fistule.* — La fistule d'origine appendiculaire complique parfois l'appendicite commune, mais elle est plus fréquente dans la forme tuberculeuse. L'erreur peut alors se produire avec les fistules bacillaires des collections osseuses ou ganglionnaires (obs. XLIX à LII).

Lorsqu'il y a eu attaque d'appendicite et opération, la chose est claire. Mais, quelquefois, le malade a été pris de coliques plus ou moins violentes, la crise appendiculaire est passée inaperçue, il se forme un abcès dans la fosse iliaque, l'ouverture donne lieu à une fistule pour laquelle on pourra encore penser au point de départ véritable, à cause de son siège.

Si l'attaque d'appendicite n'a pas été soupçonnée et si l'abcès se forme à une certaine distance de la région du vermium, son ouverture est capable de donner lieu à une fistule dont le traitement seul fera connaître l'origine appendiculaire.

D'ordinaire, des matières fécales sortiront par l'orifice avec le pus dénotant la perforation intestinale dont le siège ne sera rendu évident que par l'intervention. Chez les tuberculeux, on peut rencontrer exceptionnellement la coexistence de fistules osseuses et appendiculaires, ce qui trouble davantage le diagnostic.

La fistule peut, très rarement, n'être pas due à la tuberculose mais à l'actinomycose du vermium. On trouve les mêmes orifices de trajets correspondant à une même induration profonde. Mais, dans le pus, on découvrira les grains jaunes actinomycosiques et le microscope rendra visible le parasite.

4° *Diagnostic chez les tuberculeux entre l'appendicite et diverses affections non tuberculeuses de la région.*

Le *cancer du cæcum* (obs. LIV), maladie cachectisante, pourra être confondu avec l'appendicite surtout à forme néoplasique signalée par Legueu. Dans ces deux affections il s'agit de malades âgés présentant un amaigrissement rapide avec asthénie, anorexie et inappétence.

Du côté de la fosse iliaque existe une tumeur qui s'accroît progressivement.

Or le cancer du cæcum est rare, indolent, s'accompagne très fréquemment de mélæna, d'accidents d'obstruction et de cachexie précoce. Sa masse est

habituellement bosselée, irrégulière et mobile, au début tout au moins.

L'appendicite d'apparence néoplasique peut se rencontrer chez les vieillards tuberculeux. Elle entraîne de la fièvre, un état général très sérieux, peu en rapport avec la durée des accidents et une tumeur dure, légèrement douloureuse, étalée, rénitente et ne donnant pas lieu à des entérorragies.

Il faut encore éliminer le *spasme de l'intestin* décrit par Dalché qui, chez une femme débilitée, en observa un cas pris pour une typhlite tuberculeuse ou une appendicite (obs. LVII). Tédenat (de Montpellier) a constaté pareillement le spasme intestinal chez un tuberculeux. A défaut de tumeur réelle, l'entérite bacillaire fut rendue responsable de la contracture cæcale (obs. LVI).

Enfin, Lejars a enlevé un *appendice épithélioma-teux* chez un individu pâle et chétif, alors qu'il comptait trouver une appendicite tuberculeuse (obs. LV).

Nous exposerons ailleurs que le cancer du vermium peut compliquer la tuberculose de l'appendice.

CHAPITRE VI

Complications et Pronostic

Plus que jamais on apprécie aujourd'hui les multiples conséquences qu'entraînent, dans tout l'organisme, les troubles intestinaux. Aussi on peut dire, avec ce puissant observateur que fut Rabelais et en empruntant son énergique langage : « La tripe est mère de tous vices ». Et il est juste d'ajouter : bien que l'appendice ne soit qu'une parcelle minime de l'intestin, il cause, à lui seul, les maux les plus grands.

L'action malfaisante et réciproque de l'appendicite et de la tuberculose est aussi certaine que redoutable. Nous allons examiner :

1° Les effets de la tuberculose sur l'appendice et les complications locales spéciales à l'appendicite tuberculeuse;

2° Les complications générales que toute appendicite peut provoquer chez le tuberculeux.

Les considérations dans lesquelles nous allons entrer, aideront à fixer le pronostic.

1° *Complications de l'appendicite par la tuberculose.*

Quand existe une *appendicite tuberculeuse*, le cas est grave : car, au danger appendiculaire, s'ajoute celui d'une *tuberculose locale* souvent torpide, mais qui, sans espoir de guérison, peut évoluer jusqu'aux pires accidents.

Le plus redoutable est *l'ulcération* complète de l'organe qui provoque une *péritonite* soit généralisée (obs. LIII), soit localisée. La *perforation* est une des rares manifestations cliniques évidentes de la tuberculose de l'appendice.

Dans un cas opéré *in extremis* par Walther et rapporté par Pilliet, l'autopsie démontra que les accidents étaient dus à cette complication sur un vermium bacillaire.

A un degré moindre, la perforation peut être suivie d'*abcès* et de *fistule*. Cette dernière issue est pareillement possible après l'opération, au niveau de la cicatrice (obs. LIII) ou de quelque foyer voisin négligé.

La tuberculose limitée d'abord à l'appendice peut, en outre, se propager aux organes voisins et surtout au cæcum.

Il sera sage de redouter ce point de départ admissible de *tuberculose iléo-cæcale*, car quelques chirurgiens ont observé, après l'ablation d'un appendice reconnu tuberculeux, une extension des lésions au cæcum.

Un examen de cette région s'impose donc au cours de l'appendicectomie.

On a vu, par la voie lymphatique, le vermium bacillaire déterminer une *péritonite tuberculeuse* commune ou altérer les ganglions péri-cæcaux et même les *annexes* droites de l'utérus.

Le processus atteint parfois *l'épiploon*, par l'intermédiaire des adhérences.

Enfin, Letulle a plusieurs fois rencontré, à l'autopsie des phtisiques atteints d'appendicite, une *transformation cancéreuse* de la partie du vermium chroniquement enflammée (obs. LX à LXIII).

2° *Complications de la tuberculose par l'appendicite.*

Le pronostic de l'appendicite, chez le tuberculeux, sans tenir compte des complications locales qui peuvent survenir, dépend surtout de l'état général. Cette maladie cause des désordres en tant qu'infection surajoutée et, par la dépression, la mauvaise nutrition qu'elle entraîne, favorise l'extension des lésions tuberculeuses.

C'est ainsi que la propagation peut se faire aux *méninges*, aux *testicules* (obs. LIX), aux *ganglions du cou* comme on en a rapporté des exemples.

On rencontre aussi chez les bacillaires de la *phlébite*, de la *parotidite*, etc., occasionnées par le foyer appendiculaire. L'inflammation de la parotide a pu,

par sa fréquence, faire prononcer le mot « d'oreillons appendiculaires ».

Mais les complications générales de l'appendicite retentissent particulièrement sur l'*appareil respiratoire*, alors que l'organisme fort ébranlé ne peut réagir. On constate parfois une recrudescence des *poussées aiguës* sur le poumon (obs. LXIV), parfois de l'*hémoptysie*, de la *pleurésie*, etc.

Ces manifestations ne sont pas sans rareté ni danger au lendemain des opérations ainsi que nous le signalerons au chapitre suivant.

CHAPITRE VII

Indications thérapeutiques

De notre étude diagnostique découlent des indications thérapeutiques que nous allons exposer.

I. — Traitement préventif

Préventivement, on tentera de mettre les phtisiques à l'abri de l'appendicite en suivant le sage conseil formulé par Peter : « Il faut entourer de soins pieux les voies digestives des tuberculeux. »

Du *régime* de ces malades, minutieusement réglé, sera banni tout ce qui peut provoquer l'excès de stase et de fermentations intestinales, afin d'éviter soit les risques d'une appendicite commune dans un organe sain, soit une localisation microbienne secondaire qui exciterait des troubles dans un vermium tuberculeux, jusqu'alors sans réaction clinique.

On recommandera les œufs, le lait, les légumes, peu de viande, sinon crue. Il sera prudent de ne pas abuser de ce dernier aliment. Alors que prise par

quantités quotidiennes de 100 à 200 grammes, comme dans les hôpitaux de Paris, cette viande ne détermine pas de désordres intestinaux, elle peut, au contraire, devenir chez des malades trop zélés, une cause d'infection digestive.

Certains tuberculeux, en effet, sûrs d'avoir par la zomothérapie un salutaire moyen de s'améliorer, n'hésitent pas à forcer la dose en consommant d'abondantes quantités de viande crue. Ils tombent alors dans l'excès d'alimentation carnée qu'à notre époque on accuse d'être une des causes de l'appendicite.

II. — Traitement curatif

1° *Appendicite aiguë*

L'*appendicite aiguë* du tuberculeux sera traitée *chirurgicalement* pendant la durée des vingt-quatre ou trente-six premières heures de la crise, si l'état général le permet. Il y a intérêt vital à soustraire d'une façon précoce, à l'infection surajoutée, un malade déjà affaibli par la phtisie.

Si l'on ne peut opérer d'urgence, il faudra, pendant le refroidissement de l'affection, rester armé du bistouri dans la crainte de la péritonite ou des abcès. Ceux-ci seront incisés et, dès qu'il sera possible, on procédera à l'appendicectomie, parce qu'on doit toujours redouter la tuberculose de l'organe.

Dans la *péritonite aiguë généralisée*, par perfora-

tion, bacillaire ou non, du vermium, l'intervention immédiate est indispensable (obs. LXIII).

Lorsque, dans les cas aigus, l'opération ne pourra être pratiquée, on instituera le *traitement médical.* Celui-ci consistera dans l'immobilisation au lit, la diète absolue, atténuée par des lavements nutritifs ou des injections de sérum physiologique. On luttera contre la douleur par la glace ou les compresses chaudes, par les lavements d'antipyrine ou par les piqûres de morphine.

Aussitôt que l'état le permettra, on aura recours au lait et aux purées pour combattre la débilité.

2° *Appendicite chronique*

L'*appendicite chronique*, chez les tuberculeux, sera moins difficile à traiter qu'à diagnostiquer.

Nous avons signalé que des appendiculaires méconnus avaient été tenus pour prébacillaires et soumis à un régime qui avait surtout aggravé la lésion intestinale, sans améliorer l'état général. Il faudra donc, d'après les notions que nous avons énoncées, dévisager l'appendicite sous ce masque et ne pas soigner par le sanatorium et la suralimentation une affection larvée justiciable de la chirurgie.

C'est ainsi que le malade de Comby, épuisé par la cure antituberculeuse pratiquée à tort, recouvra la santé au lendemain de l'appendicectomie (obs. XXVII).

De même pour certains opérés de Walther, que des praticiens, et non des moindres, traitaient pour prébacillose. Ces sujets bénéficient à la fois d'un diagnostic exact et d'une intervention relativement bénigne.

Chez les tuberculeux avérés, des manifestations communes à l'appendicite et à la bacillose pulmonaire peuvent ne paraître causées que par cette dernière affection, tout en dépendant uniquement de la lésion vermiculaire.

C'est alors qu'il faudra être fin clinicien et rechercher les petits signes de l'appendicite chronique. Et l'on pourra, par l'opération, parfois faire disparaître une épuisante fièvre hectique, due plus à l'appendicite qu'à la tuberculose, comme dans le cas de M. Gaillard (obs. XXIX) ; mais toujours on améliorera les fonctions digestives.

3° *Appendicite tuberculeuse*

Au traitement de l'*appendicite tuberculeuse,* soupçonnée parfois, mais jamais diagnostiquée avec certitude avant l'opération, s'ajoute celui d'une *tuberculose locale.*

L'*appendicectomie*, si l'état du malade l'autorise, s'impose donc d'une façon radicale et précoce. Voici les grandes lignes de l'intervention dont quelques-unes s'appliquent à tous nos tuberculeux.

On proscrira l'anesthésie générale par l'éther qui peut provoquer des phénomènes congestifs, on fera

des inhalations prudentes de chloroforme. Il serait mieux de recourir à l'anesthésie locale par la cocaïne ou à l'injection lombaire de stovaïne dans le liquide céphalo-rachidien.

L'incision iliaque classique devra souvent être agrandie par suite de la difficulté à découvrir et à décortiquer l'appendice souvent caché et adhérent. La ligature et la section devront être très voisines du cæcum, car une ulcération peut siéger à la base d'implantation du vermium.

D'ailleurs, si l'état du segment iléo-cæcal paraît suspect, il ne faut pas hésiter à procéder à une *résection intestinale* suffisante (obs. LIX). La localisation de la tuberculose à l'appendice seul étant rare, le chirurgien devra, tout en hâtant l'opération, rechercher et s'attendre à trouver les lésions bacillaires étendues sur l'intestin ou les annexes, et se tenir prêt à intervenir dans l'intérêt du malade.

Quand on n'enlèvera que l'appendice, la toilette du moignon avec cautérisation ignée et l'enfouissement seront l'objet de soins minutieux, en vue de parer aux fistules post-opératoires. Ces fistules pourront pareillement apparaître après l'abcès froid péri-cæcal, dans les cas où, après l'incision de la collection, l'état général n'aura pas permis l'ablation du vermium.

A cette période de fistulisation, le malade est souvent très affaibli ; si l'on peut, il faut faire le curettage des trajets et tenter d'enlever l'appendice avec les tissus qui l'environnent.

Si les lésions sont trop étendues, on aura la ressource de pratiquer soit l'entéro-anastomose simple insuffisante, soit l'*exclusion*. « Dans la tuberculose intestinale, si le malade ne présente pas de lésions pulmonaires avancées, l'exclusion bilatérale permet des extirpations inespérées et donne même des guérisons complètes. » (Lance).

III. — Effets généraux de l'appendicectomie chez les tuberculeux

Nous devons envisager ici les conséquences de l'intervention pour appendicite, sur la tuberculose.

Toutes ces interventions chez les phtisiques peuvent entraîner des complications du côté des poumons. S'il s'agit d'un vermium bacillaire, il faudra craindre après l'appendicectomie une infection tuberculeuse à distance.

Bouilly, Monod, Jalaguier, Aynès, Bouglé (obs. LXIV) signalent ces suites désastreuses. Chez une malade de Lesueur, la laparotomie détermina une poussée de granulie et la cachexie rapide fut suivie de mort.

Nous n'avons pas constaté ces issues funestes chez les sujets opérés d'appendicite que nous avons observés.

C'est chez les individus les moins imprégnés par la tuberculose et dont les voies intestinales sont troublées, mais non altérées, qu'on obtiendra un

merveilleux résultat, dès qu'on aura pu découvrir et entraver le rôle malfaisant de l'appendice (obs. LIX). Ce sont d'ailleurs les plus curables à tous les titres, car ce sont ceux-là qui, après avoir été victimes de l'appendicite chronique, tireront un grand avantage de l'amélioration de leurs fonctions digestives et qui, pouvant désormais se suralimenter sans danger et avec profit, cicatriseront plus facilement leurs lésions pulmonaires (obs. IX à XVI).

Les tuberculeux plus atteints n'offriront que déception pour le diagnostic et insuccès pour le traitement. Chez ceux-ci, même si le vermium est soupçonné des plus grands méfaits, on ne pourra localiser la douleur qui sera diffuse à l'angle iléo-cæcal, siège fréquent des ulcérations bacillaires. Ces lésions intestinales participeront souvent, pour une plus grande part que l'appendicite, à causer les troubles digestifs, ce qui rendra illusoire l'appendicectomie et ressortira du traitement de l'entérite tuberculeuse.

L'état général ne permet souvent pas, dans ces cas extrêmes, de tenter l'opération.

OBSERVATIONS

I. — Observations cliniques avec examens histo-pathologiques d'appendices enlevés chirurgicalement chez les tuberculeux.

1° Appendicite tuberculeuse

OBSERVAVION I (Personnelle)

Appendicite chronique reconnue tuberculeuse par l'examen histologique chez un homme non soupçonné de bacillose.

B... Gaston, trente et un ans, employé, entre, le 25 mai 1903, à la Pitié, salle Broca, dans le service de M. Walther, pour une appendicite à répétition, actuellement refroidie, dont la dernière crise aiguë date de trois semaines.

Aucun antécédent antérieur notable.

Cet homme, n'ayant jamais souffert de troubles gastro-intestinaux, fut pris, il y a six ans, d'une façon intermittente et fort irrégulière, à intervalles parfois très éloignés, de vomissements survenant sans efforts, immédiatement après le repas.

Il eut, en outre, pendant dix mois, une diarrhée rebelle qui s'atténua lorsque les vomissements devinrent plus fréquents.

De septembre 1899 jusqu'en janvier 1901, l'intolérance gastrique fut complète, sauf pour le lait. Il en résulta un grand amaigrissement et la perte totale des forces.

Pendant l'année 1901, les vomissements disparurent presque complètement à l'heure des repas ; ils firent place le matin à des pituites abondantes et quotidiennes.

1er janvier 1902. — Cet homme ayant ciré sa chambre et s'étant refroidi alors qu'il était en sueur ressentit, pour la première fois, une douleur bien localisée dans la fosse iliaque droite et très violente pendant un quart d'heure.

B... cessa de souffrir au bout de deux jours grâce à l'application de glace sur le ventre, il resta alité pendant douze jours et bientôt voyagea à bicyclette sans être en rien incommodé. Il déclare s'être bien porté pendant les six mois suivants ; les pituites elles-mêmes furent moins fréquentes.

Au commencement de juillet, à la suite de fatigues (veilles prolongées pendant plusieurs semaines et surcroît de travail), une seconde crise apparut, beaucoup moins aiguë que la précédente. Traitée par le repos et la glace, elle permit la reprise du travail après cinq jours. Depuis ce moment jusqu'au mois de mars 1903, cet homme fut repris après certains repas de vomissements, véritables régurgitations.

Dans les premiers jours de mai, par suite de surmenage, éclate une troisième crise appendiculaire, atrocement douloureuse pendant huit heures avec angoisse et violentes palpitations.

Les vomissements, pour la première fois, furent verdâtres, amers et nauséabonds. L'application de glace fit encore merveille et l'alitement ne dura que dix jours.

Depuis cette époque, B... n'a pu reprendre son travail ; il surveille son alimentation et boit du lait en mangeant.

Bien que ne souffrant plus, il vient à l'hôpital pour être opéré afin d'éviter une nouvelle crise.

Ce malade est très amaigri. Le ventre est souple, facile à déprimer ; on provoque une légère douleur par la pression au point de Mac-Burney. Toutefois rien n'est perceptible à la palpation dans la fosse iliaque droite.

Les divers appareils fonctionnent bien et paraissent sains. Rien à l'auscultation.

Les urines sont claires, ne renferment ni sucre, ni albumine ;

leur quantité est en moyenne de 1200 centimètres cubes par vingt-quatre heures, il y a 17 grammes d'urée par litre.

Au moment de l'intervention, à la faveur de l'anesthésie générale, on perçoit nettement, dans la fosse iliaque droite, l'appendice qui roule sous le doigt.

Opération le 29 mai 1903 par M. Walther.

Anesthésie à l'éther. Incision iliaque.

Traces très évidentes de péritonite récente. L'appendice est sous-iléo-cæcal et apparaît volumineux, rouge, saignant. Du volume du petit doigt, il mesure 10 centimètres. Il est recouvert de néoformations sanguinolentes de péritonite. Son méso est épais, très vascularisé.

A 3 ou 4 centimètres de son origine, l'appendice adhère à une anse grêle sur une longueur de 3 centimètres.

Le cæcum, jusqu'à 1 centimètre au-dessus, est le siège d'un épaississement en forme de plaque, qui n'est autre chose que de la lymphangite : c'est la véritable typhlite de certains auteurs,

On commence par sectionner l'appendice entre deux pinces au thermocautère à cause de sa friabilité, de sa position et de ses adhérences ainsi que pour mieux libérer son méso. A la section l'appendice est épais, dur, charnu, à parois très épaisses.

On dégage ensuite avec prudence cet organe de ses adhérences à l'intestin grêle. Cette décortication est très délicate, il faut s'aider des doigts, pincer beaucoup çà et là et couper sur pinces la lame postérieure du méso-appendice.

On lie ensuite une portion de la tête de l'appendice qui restait attachée au cæcum et on l'enlève au thermocautère. Cette partie initiale est très grosse, c'est un véritable petit intestin.

Surjet sur le moignon qu'on enfouit par encapuchonnement sous une portion du méso.

Drain avec tente.

Paroi en un seul plan par points aux crins couplés.

Suites opératoires. — Après l'opération, pas de vomissements.

Etat général assez bon, un peu d'affaissement. On fait une injection de 500 grammes de sérum.

Le 30 mai, état général amélioré.

Le 31 mai, on fait le pansement, on enlève la tente.

Le 1er juin, excellent état.

Le 2 juin, on refait le pansement : tout va très bien.

Le 4 juin, nouveau pansement. On met un drain moindre qu'on supprime le 5 juin.

Au dixième jour ablation des fils, la cicatrisation s'opère bien.

Le malade sort le 30 juin, en parfaite santé, nous n'avons pu le revoir.

Examen histologique pratiqué par M. le Dr Balthazard, chef du laboratoire Broca.

Parois de l'appendice très hypertrophiées ; l'augmentation porte surtout sur la tunique musculeuse qui est trois à quatre fois plus épaisse qu'à l'état normal.

Processus de péritonite caractérisé par l'épaississement de la séreuse, sa vascularisation extrême et son infiltration par de nombreux leucocytes. Au niveau du méso, les vaisseaux sont très nombreux et leur structure semble prouver que le processus remonte déjà à une date éloignée ; toutefois la congestion extrême des vaisseaux, l'infiltration de leur tissu de soutien par des cellules embryonnaires met en évidence l'existence d'une poussée aiguë récente.

La musculeuse présente également une infiltration diffuse de leucocytes qui, en quelques points pourtant, forment des nodules inflammatoires. Dans l'un de ces derniers se trouvent deux volumineuses cellules géantes possédant quinze à vingt noyaux.

Parmi les leucocytes infiltrant la musculeuse existe une forte proportion de cellules éosinophiles.

Du côté de la muqueuse, l'épithélium de revêtement et les glandes sont intactes, mais il existe une érosion caliciforme, totale par places, des cellules épithéliales. Le tissu interglandulaire s'est hypertrophié et infiltré de lymphocytes jusqu'à prendre la structure du tissu lymphoïde et des follicules sous-jacents, avec lesquels il se continue par suite de la disparition sur la plupart des points, de la sous-muqueuse.

Les follicules, très hypertrophiés, forment, en certains endroits, une couche continue de tissu lymphoïde qui pousse des prolon-

gements à la fois vers la partie interglandulaire et vers la musculeuse. Certains follicules sont désorganisés par la congestion intense de leurs vaisseaux, qui a abouti, par places, à des hémorragies interstitielles récentes ; en ces points des foyers de nécrose se manifestent qui auraient abouti sans l'opération à l'ulcération de la muqueuse, mais non à la perforation de l'appendice, étant donnée l'épaisseur de la paroi.

Toute la muqueuse et le tissu lymphoïde renferment des cellules éosinophiles, un peu moins nombreuses toutefois que dans la musculeuse.

L'examen des coupes pratiquées au niveau de l'ulcération de la muqueuse, après fixation au liquide de Flemming, montre la disparition des glandes et de l'épithélium de revêtement, la surface étant constituée par une couche de leucocytes mononucléaires adultes. Dans la profondeur, on trouve à ce niveau des amas de dix à vingt polynucléaires qui constituent des abcès miliaires ; ces petits abcès se rencontrent encore dans la musculeuse et renferment souvent des cellules éosinophiles et des leucocytes chargés de granulations graisseuses.

En résumé : il s'agit d'appendicite chronique avec poussée aiguë récente dans un appendice porteur de *lésions tuberculeuses.*

OBSERVATION II (personnelle).

Appendice enlevé au cours d'une hystéropexie et reconnu tuberculeux par l'examen histologique. Signes cliniques frustes d'appendicite chronique chez une bronchitique.

Marie L.-P..., trente-huit ans, journalière, entre à la Pitié, salle Gerdy, dans le service de M. Walther, le 10 février 1905, pour un prolapsus utérin.

Antécédents familiaux. — Son père est mort de pleurésie,

sa mère d'une maladie d'estomac. Ses frères et sœurs sont bien portants.

Antécédents personnels. — Cette malade est sujette aux bronchites ; elle a eu une fluxion de poitrine récente, mais l'auscultation ne révèle pas de tuberculose pulmonaire.

Réglée depuis l'âge de dix-huit ans très régulièrement, elle a eu deux grossesses. Déchirure du périnée lors de son deuxième accouchement.

Cinq ans après, souffrant de tiraillements dans le bas ventre, elle eut connaissance de son prolapsus utérin. Un pessaire lui permit de travailler, pendant trois ans, sans aggravation.

En janvier 1905, à la suite d'une bronchite grippale prolongée, elle souffrit davantage de son infirmité.

Aujourd'hui, pouvant à peine marcher et n'obtenant pas de soulagement par le repos au lit elle se décide à entrer à l'hôpital.

Elle se plaint de mictions fréquentes et impérieuses, mais n'accuse pas de troubles intestinaux.

A l'*examen*, on constate un volumineux prolapsus utérin aisément réductible. Pas de cystocèle appréciable, mais rectocèle notable.

La paroi abdominale est flasque. On provoque une douleur assez vive au point de Mac-Burney. La malade n'a jamais eu de crise appendiculaire.

Légère douleur à la pression des annexes gauches.

Les autres appareils sont sains.

23 février. — Curettage et drainage de la cavité utérine.

8 mars. — Périnéorraphie.

29 mars. — *Hystéropexie et appendicectomie systématique* par M. Walther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'épiploon prolabé dans le petit bassin est souple, sans adhérences.

L'appendice gros, court, dur et sclérosé est couvert de plaques laiteuses. De même le cæcum, sur lequel on note, en outre, la présence de plaques indurées.

Ligature du méso et de l'appendice. Décortication facile, section de cet organe ; ignipuncture et enfouissement soigneux du moignon sous le péritoine cæcal.

Hystéropexie par deux points de crins couplés, liés en hamac.

Suture de la paroi en deux plans profonds. Crins pour la peau.

Suites opératoires satisfaisantes. Cette femme sort guérie le 27 avril 1905. Nous n'avons pu la revoir.

Le jour même de l'opération, M. Walther a présenté cet appendice à la Société de Chirurgie au sujet du trichocéphale qu'il renfermait.

Aspect macroscopique. — Cet appendice court, à parois épaisses, rouge, manifestement enflammé revêt l'aspect de l'inflammation aiguë, bien qu'il n'y ait jamais eu de crise fébrile, ni de douleur spontanée.

En le fendant suivant son grand axe, on trouve un trichocéphale libre en partie, mais plongeant, en une sorte de tunnel de 5 à 6 millimètres, dans l'épaisseur de la muqueuse.

A l'extrémité de ce tunnel on aperçoit nettement, sous la muqueuse très amincie, la partie céphalique.

En différents points se trouvent de petits foyers, du volume d'une tête d'épingle, qui semblent bien nettement avoir la même origine. Il y a là de petits orifices creusés par le parasite et des inoculations de la paroi autour desquelles existe une véritable lymphangite.

Examen microscopique, confirmé par M. le Dr Beaujard, chef du laboratoire Broca.

Muqueuse. L'épithélium est conservé sur la presque totalité de la surface de l'appendice. Les culs-de-sac glandulaires sont réduits.

Dans le chorion dilatation très marquée des capillaires et par places infiltration discrète de cellules jeunes.

En un point, la muqueuse est abrasée et réduite à quelques fonds de culs-de-sac glandulaires.

Sur une même coupe, on rencontre plusieurs fois la section du trichocéphale unique mais enroulé. Le parasite reste toujours superficiel et ne pénètre pas plus profondément que les glandes. Il s'enfonce dans la muqueuse et, au point où il commence à s'y engager, il est engainé par une couche de cellules

aplaties. Autour de lui pas d'infiltration cellulaire plus marquée.

La plupart des follicules présentent des lésions de folliculite banale, infiltration assez marquée, avec quelques hémorragies interfolliculaires.

Un certain nombre d'entre eux présentent en leur partie centrale de la sclérose. Dans certains autres, l'envahissement scléreux prédomine.

C'est dans ces derniers follicules que l'on trouve des cellules géantes. Habituellement la sclérose forme une tache polylobée au milieu des follicules et, au centre de chacun de ces lobes, se trouve une cellule géante.

Ces cellules sont bien caractéristiques, elles mesurent de 60 à 100 μ. Leur protoplasma est volumineux et, à la périphérie, les noyaux, au nombre d'une cinquantaine en moyenne, sont disposés en couronne.

Entre les follicules l'infiltration cellulaire est très discrète, les lésions scléreuses prédominent. Les capillaires sont dilatés dans toute la région.

Rien à noter pour les autres couches, si ce n'est la congestion assez marquée des capillaires sous-séreux.

En résumé : il s'agit d'appendicite chronique en un appendice récemment irrité par un trichocéphale et renfermant des *lésions tuberculeuses*.

OBSERVATION III

(Kelly et Hurdon. — 1905.)

Appendice enlevé au cours d'une laparotomie et reconnu tuberculeux chez une femme non soupçonnée de bacillose.

Mme S..., trente-deux ans, est vue en février 1902.

Antécédents familiaux. — Ses parents sont tuberculeux.

Antécédents personnels. — Pleurésie et inflammation d'intestin, à l'âge de vingt ans, avec diarrhée pendant vingt mois. Pas de bacillose pulmonaire.

Elle se plaint de douleurs dans le bas ventre. Il n'y a pas de signes de maladie appendiculaire.

Opération. — On trouve des lésions pelviennes avec adhérences englobant l'utérus, les annexes, aussi bien que l'appendice. Cet organe qu'on enlève est situé derrière le côlon ; atrophié, il mesure 3 cm. 5 de long et 4 millimètres d'épaisseur. Il est couvert d'adhérences et complètement oblitéré.

L'*aspect macroscopique* ne suggère pas l'idée de tuberculose, mais l'*examen microscopique* montre que la muqueuse et la sous-muqueuse sont complètement remplacées par du tissu tuberculeux typique. On trouva des bacilles, mais avec difficulté.

Six mois après, l'opérée fit savoir qu'elle était en excellente santé et augmentait de poids.

OBSERVATION IV

(Pauchet, *in* thèse Petit, 1905.)

Appendicite banale trouvée tuberculeuse chez un malade non soupçonné de bacillose.

Il s'agit d'un jeune homme qui présente deux poussées douloureuses légères dans le ventre, pareilles à des crises appendiculaires avec phénomènes d'entéro-colite dite muco-membraneuse : constipation, puis débâcle diarrhéique avec muco-membranes dans les selles.

Aucune lésion tuberculeuse des poumons.

Dans l'intervalle des crises l'empâtement persiste avec sensibilité à la pression. Il n'y a pas de température, mais le cas semble ne pas vouloir se refroidir complètement.

Le Dr Pauchet opère, alors qu'on sentait encore un peu d'empâtement. Il trouve un bel appendice à parois épaisses, un petit abcès caséeux dans la paroi et un semis de *granulations bacillaires* autour. Le péritoine était sain, mais il y avait des ganglions tuberculeux du méso-appendice.

Appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION V

(Letulle. *Revue de la Tuberculose*, 1905.)

Appendicite tuberculeuse avec lésions simples surajoutées chez un phtisique

Il s'agit d'un tuberculeux pulmonaire de vingt-six ans, soigné dans le service du Dr Letulle, à Boucicaut en 1904.

Pendant les cinq premiers mois de son hospitalisation, ce malheureux eut à subir cinq poussées d'appendicite aiguë, caractéristiques par leur forme circonscrite et par les vomissements répétés. Epuisé par ces attaques subintrantes, le malade réclamait une intervention. Malgré ses hésitations basées sur l'idée qu'il avait d'une appendicite chronique tuberculeuse, M. Letulle finit par céder aux instances du patient.

L'appendice fut extrait sans peine, bien qu'adhérent, et on y trouva deux ordres de lésions très différentes.

D'une part, une *tuberculose* avancée de la muqueuse. Les placards caséeux s'y montrent nombreux, étalés, parsemés de cellules géantes et saillantes dans la cavité appendiculaire incomplètement remplie de pus caséeux.

D'autre part, sur les points où la muqueuse n'est pas encore détruite par la tuberculose, il est facile de reconnaître les lésions de l'*appendicite aiguë* folliculaire, non tuberculeuse. Les lymphatiques sont gorgés de leucocytes infectés par une altération aiguë, térébrante, classique.

Ce cas fort net montre la tuberculose de l'appendice compliquée d'appendicite simple ordinaire.

2° Appendicite simple, aiguë ou chronique chez les tuberculeux

a) *Laparotomies pour appendicite*

OBSERVATION VI

(Walther. Congrès de Chirurgie, 1898).

Louis A..., trente-sept ans, concierge, entre le 21 mars 1898, à l'hospice de Bicêtre, salle Nélaton, n° 14.

Antécédents personnels. — Pendant son service militaire au Tonkin il a eu successivement : pleurésie, fièvre typhoïde, dysenterie, jaunisse. A son retour en France, il eut pendant un an des accès de fièvre.

Histoire de la maladie. — A la fin de 1896, cet homme commença à ressentir des douleurs dans le côté droit du ventre, depuis la région sous-hépatique jusqu'à la fosse iliaque. Les douleurs, survenant après les repas, duraient soit pendant quelques heures, soit pendant quelques jours. Anorexie. Pas de vomissements. Diarrhée constante.

Les crises devenant plus fréquentes et plus douloureuses, le malade a consulté M. Letulle, qui a pensé d'abord à la lithiase biliaire, puis à l'appendicite.

Examen. — L'exploration révèle une douleur diffuse, mal accusée, occupant toute la moitié droite de l'abdomen, sans qu'il soit possible de la localiser au foie, au rein ou à la région cæcale. Constipation. Ballonnement du ventre.

Après quelques jours de repos, la douleur à la palpation siège un peu au-dessus du point de Mac-Burney. Profondément on perçoit une masse verticale, arrondie en boudin.

Auscultation des poumons. — Quelques frottements en avant et à droite. Au sommet droit expiration prolongée.

Opération le 2 avril 1898. — Incision de Roux. Appendice en position ascendante, légèrement coudé, peu bosselé.

Examen histologique par M. le Dr Weinberg. L'appendice long de 6 cm. 1/2 est oblitéré sur 3 cm. 1/2 de son étendue, à partir du bout libre.

Nombreuses adhérences épiploïques.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une réinfection aiguë d'un appendice chroniquement enflammé et oblitéré au niveau de son extrémité libre.

Sortie le 4 mai 1898. — Cet opéré, revu trois fois en trois mois, a recouvré son appétit et son poids. Il mange toute espèce d'aliments et digère normalement.

OBSERVATION VII (personnelle).

Louis H..., cinquante ans, peintre, entre, le 29 mai 1903, à la Pitié, salle Broca, pour une première crise d'appendicite aiguë.

Antécédents personnels. — Il y a deux mois, ce malade était en traitement à l'Hôtel-Dieu pour tuberculose pulmonaire. Depuis sa sortie il a eu deux hémoptysies abondantes. Actuellement on constate au sommet droit de la submatité, une respiration soufflante entrecoupée de râles bulleux.

Au sommet gauche, la sonorité et le murmure respiratoire sont diminués ; on perçoit quelques craquements.

Histoire de la maladie. — Il y a huit jours, au cours d'une infection grippale, cet homme a ressenti une violente douleur dans la partie droite de l'abdomen. Constipation. Pas de vomissements. Le lendemain, la souffrance l'a forcé à s'aliter puis à entrer à l'hôpital.

Examen. — Le ventre n'est pas ballonné. La douleur très vive siège un peu au-dessous du point de Mac-Burney. La palpation profonde est entravée par la défense musculaire. Pouls 104. La température oscille entre 39 et 40 degrés.

Cet état persiste jusqu'au 3 juin, puis la constipation cède aux lavements et la température faiblit.

Le 4 juin, le malade commence à manger. Le ventre est souple et la douleur légère par la palpation de l'appendice.

Opération à froid, le 24 juillet. — Incision iliaque.

Péritoine dur, œdématié ; l'épiploon très rouge et friable est en pleine inflammation, il adhère à la paroi abdominale antérieure ; on le résèque.

L'appendice est coudé sur lui-même, vers le milieu de la courbure apparaît un peu de muqueuse intestinale.

Drainage. Suites normales. Sortie en parfait état le 29 août 1903.

Examen histologique. — Les parois sont très épaisses, mesurant jusqu'à 8 millimètres.

La musculeuse présente des zones scléreuses, surtout dans la région sous-péritonéale.

La séreuse est épaissie, vascularisée et l'endothélium a disparu presque sur tous les points.

Follicules hypertrophiés ; les centres germinatifs très développés présentent de lésions accentuées, gonflement des noyaux, fonte de la chromatine nucléaire et expulsion de cette chromatine sous forme de boules, infiltration par des leucocytes polynucléaires. réaction et prolifération du tissu conjonctif interstitiel réticulé.

Mais les lésions les plus marquées siègent dans la muqueuse, Dans les points où cette couche est intacte, les glandes et l'épithélium ont subi une évolution muqueuse très marquée. De plus on note, par places, la présence d'épanchements sanguins, sous forme d'amas nombreux de cinq à dix globules rouges rassemblés dans le tissu interstitiel. En quelques endroits ces hémorragies ont atteint un développement beaucoup plus considérable, jusqu'à compromettre la vitalité du tissu interglandulaire et à aboutir à l'ulcération presque totale de la muqueuse.

Ces ulcérations ont 1 millimètre de diamètre et 2 millimètres de profondeur ; leurs bords sont taillés à pic et constitués par la muqueuse altérée et infiltrée de leucocytes. Elles atteignent la musculeuse qui à leur niveau n'est pas toujours très épaisse. Elles auraient pu aboutir à la perforation.

Il faut dire pourtant que le péritoine à ce niveau s'était enflammé, congestionné d'une façon intense et qu'il avait contracté des adhérences avec les organes voisins.

On note encore l'infiltration diffuse de l'appendice par des cellules éosinophiles.

On n'a pu mettre en évidence aucun élément tuberculeux.

En résumé : Appendicite ulcéreuse avec poussée aiguë récente et péritonite.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Isabelle D..., domestique, vingt-neuf ans, entre à la Pitié, salle Gerdy, n° 22, le 7 novembre 1903, pour appendicite.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure.

Cette femme s'enrhume tous les hivers et présente aux sommets des poumons de l'obscurité respiratoire, surtout à l'expiration.

Pas de véritable hémoptysie, mais expectoration toujours striée de sang.

Histoire de la maladie. — Depuis trois ans, cette malade se plaint d'un état gastro-intestinal défectueux. Elle est habituellement constipée et a remarqué dans ses matières des peaux blanchâtres. En même temps, elle souffre dans la fosse iliaque droite d'une façon sourde continue, avec exacerbation à l'occasion de fatigues.

Examen. — A la palpation, l'intestin bourré de matières est douloureux. Dans la fosse iliaque droite, on détermine du gargouillement et, au niveau de l'appendice, on fait rouler sous le doigt un cordon dur.

Le rein droit flottant est sensible.

Opération le 16 décembre 1903. — Incision latérale.

Appendice sous-iléo-cæcal, très profond, long de 12 centimètres, grêle, vermiforme, avec dilatation de l'extrémité. Il est très vascularisé. Son méso est assez large, falciforme, gras.

Coupé longitudinalement, l'appendice présente une première portion (cæcale) d'apparence saine. Le tiers moyen, par contre, est le siège de placards hémorragiques énormes de coloration rouge brun.

A la pointe folliculite hémorragique.

Examen histologique. — Epaisseur moyenne de la paroi 3 millimètres. Séreuse péritonéale épaissie, adhérences rompues.

Musculeuse normale.

Muqueuse épaissie. Les follicules sont hypertrophiés et leurs centres germinatifs présentent de nombreuses figures de karyokynèse. Quelques follicules ont été le siège d'hémorragies interstitielles abondantes. La présence de pigment en assez grande abondance et de pigmentophages prouve que ces hémorragies ne sont pas très récentes.

L'épithélium de revêtement est partout intact, mais en transformation muqueuse. Les glandes sont conservées, mais le tissu interglandulaire présente une infiltration abondante de lymphocytes et les cellules conjonctives sont multipliées.

La sous-muqueuse est sclérosée.

En résumé : Appendicite chronique avec folliculite hémorragique ou tout au moins à poussées successives.

OBSERVATION IX (personnelle).

Anna S..., dix-sept ans, bijoutière, entre le 17 mai 1905 à la Pitié salle Gerdy, nº 6, pour une crise subaiguë d'appendicite.

Antécédents familiaux. — Ses trois frères sont morts en bas âge de méningite.

Antécédents personnels. — Elle est réglée régulièrement, mais douloureusement, depuis l'âge de quinze ans.

Histoire de la maladie. — Voici quatre ans qu'elle souffre de troubles dyspeptiques consistant en tiraillements et crampes d'estomac pendant la digestion.

Depuis trois ans petite toux opiniâtre.

L'appétit a diminué dès l'année dernière, ce qui a provoqué du dépérissement. La constipation est habituelle, sans entérite muco-membraneuse.

On note l'apparition, il y a huit mois, d'une sensation douloureuse constante dans la fosse iliaque droite, plus nette aux heures de digestion et à la suite de fatigues.

Le 15 avril 1905, après dix jours de constipation rebelle, la

douleur s'est accentuée. Depuis deux semaines cette malade a dû s'aliter.

Pas de vomissements. Constipation incomplète. En somme aucune crise véritablement aiguë.

Cette jeune fille, entre à l'hôpital, ne souffrant plus depuis trois jours et ayant eu deux petites selles provoquées par des cachets purgatifs.

Examen. — La douleur à la palpation est très nettement localisée au point de Mac-Burney où l'on fait rouler sous le doigt un cordon dur.

Le foie est un peu volumineux.

L'auscultation des poumons révèle au sommet : à droite de la submatité, un peu d'induration avec quelques craquements ; à gauche une inspiration faible avec expiration rude et prolongée.

Appendicectomie le 31 mai 1905. — Incision latérale.

Appendice sous-iléo-cæcal, très long (21 cm.), vascularisé avec des vaisseaux variqueux à sa surface. Il est moniliforme et renferme de petits calculs stercoraux.

Examen histologique. — L'épithélium est abrasé par places.

Le chorion est très richement infiltré.

Folliculite hémorragique bien marquée.

Congestion intense des vaisseaux et des couches musculaires.

La *sortie* eut lieu le 29 juin 1905 ; les suites opératoires ayant été des plus favorables.

Le jour du départ, la respiration est saccadée à droite ; on n'entend plus les craquements.

Revue le 10 juillet. — Le sommet gauche respire mal.

L'alimentation bien surveillée permet des digestions faciles et une assimilation convenable.

La région appendiculaire, siège de l'opération, reste douloureuse à la pression.

Revue récemment : Respiration presque normale, encore affaiblie à gauche.

Alimentation parfaite.

OBSERVATION X (personnelle).

Mme X..., vingt-six ans, entre le 11 juin à la Pitié, salle Gerdy, no 5, pour appendicite chronique.

Antécédents personnels. — Les règles, très douloureuses depuis l'âge de douze ans, ont disparu depuis quatre mois. La gravidité est évidente.

Histoire de la maladie. — Il y a quatre ans, au cours d'une grossesse normale, cette femme commença à souffrir dans le côté droit du ventre. Les douleurs survenaient pendant deux et trois jours par crises régulières forçant la malade à s'aliter. Des nausées et quelquefois des vomissements muqueux les accompagnaient.

La constipation est habituelle.

En mars 1904, crise plus intense qui nécessita un repos au lit d'une semaine. Le ventre était ballonné, des coliques lancinantes parcouraient la fosse iliaque droite. Il y eut des vomissements, mais pas de fièvre.

Depuis cinq mois, les souffrances sont continuelles. Des vomissements disparus aujourd'hui, ont coïncidé avec le début de la grossesse actuelle.

En entrant à l'hôpital, cette femme se plaint de coliques sourdes dans tout l'abdomen et d'une douleur pongitive dans la région de l'appendice. Ces troubles n'ont pas cédé au repos absolu pendant un mois et la malade pour être soulagée réclame une opération.

Examen. — Il n'y a pas d'hyperesthésie cutanée. Seule une palpation profonde provoque une douleur caractéristique au point de Mac-Burney.

L'hypogastre est sensible, on y perçoit l'utérus gravide qui remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On n'entend pas encore les bruits du cœur fœtal.

Pas d'albumine dans les urines.

Auscultation des poumons. — Depuis un an, cette malade est atteinte d'une bronchite tenace. Pour guérir, elle a fait,

pendant deux mois à la campagne, une cure de suralimentation qui ne l'a pas améliorée.

On entend, d'un seul côté, au sommet droit, des râles sonores qui masquent la respiration. La percussion dénote une élasticité moindre de ce même côté.

Appendicectomie le 21 juin 1905. — Incision latérale.

L'appendice sous-iléo-cæcal, gros et dur, couvert de vaisseaux variqueux mesure 10 centimètres. Il est coudé en son milieu et tordu sur lui-même ; à ce niveau, il est très vascularisé.

Ouvert longitudinalement, il présente à l'œil nu une folliculite hémorragique intense de sa moitié distale.

Examen histologique. — Folliculite banale.

En un point est une ulcération isolée, entre deux parties de muqueuse saine.

Aucun processus tuberculeux.

OBSERVATION XI (personnelle).

X..., trente-trois ans, entre le 5 décembre 1905, à la Pitié, salle Broca n° 6.

Antécédents familiaux. — Son père est mort d'une pneumonie.

Antécédents personnels. — Ce malade tousse l'hiver depuis deux ans. A l'auscultation, on entend des frottements pleuraux dans la fosse sus-épineuse droite.

Histoire de la maladie. — Le début des troubles gastro-intestinaux remonte à un an.

Il y a six mois, cet homme fut pris un matin de douleurs abdominales généralisées, avec vomissements alimentaires puis bilieux et diarrhée profuse.

Ces phénomènes disparurent dans les deux jours qui suivirent, mais le ventre resta ballonné. Malgré un régime convenable, les digestions devinrent pénibles.

La deuxième crise éclata il y a deux mois, pendant une

période militaire ; la douleur non localisée s'accompagna de vomissements bilieux et de constipation.

Depuis cette époque ces symptômes menacent de se reproduire à tout écart de régime.

Le mois dernier, la région appendiculaire étant nettement douloureuse, cet homme a résolu de se faire opérer.

Examen. — Le ventre ballonné se défend un peu du côté droit. Pas de douleur localisée.

Appendicectomie le 8 décembre 1905. — Incision iliaque. Appendice sous-iléo-cæcal rétréci à sa base, sclérosé à son extrémité. Dur, gros, vascularisé, long de 12 centimètres.

Examen histologique. — Folliculite hémorragique.

Forte infiltration du chorion.

Muqueuse réduite à quelques invaginations épithéliales cylindriques.

Rares mastzellen, nombreux éosinophiles.

Abondants globules rouges au milieu des cellules du chorion, comme dans les follicules et les dilatations vasculaires.

OBSERVATION XII (personnelle).

X... vingt-cinq ans, entre le 21 septembre 1905, à la Pitié, salle Broca, n° 10, après une première crise aiguë d'appendicite.

Pas d'antécédents pathologiques.

Histoire de la maladie. — Depuis longtemps cet homme souffre dans le ventre, surtout au moment des digestions, parfois au point de ne pouvoir marcher. Par périodes la constipation alterne avec la diarrhée.

Il y a trois semaines, il fut pris, trois heures après le repas du soir, d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. Diarrhée. Céphalée. Pas de vomissements.

Le point douloureux a persisté d'une façon sourde avec quelques exacerbations.

Examen. — La fosse iliaque droite est occupée par une masse volumineuse, sans limites précises en haut, mais assez

bien délimitée dans les autres sens. A son niveau, on localise très nettement la douleur.

Pendant les jours qui suivent l'entrée, la température oscille entre 38 et 39 degrés, puis monte graduellement pendant trois jours jusqu'à 39°6. Vingt et un jours après la crise, la température est normale.

Auscultation des poumons. — Au sommet gauche la respiration est soufflante.

Au sommet droit, l'élasticité est diminuée. L'inspiration est humée et l'expiration prolongée.

Appendicectomie le 13 décembre 1905. — Incision iliaque. L'appendice est encore adhérent sur toute sa longueur, mais les adhérences sont molles, faciles à détruire. Il est rétro-cæcal et rétro-colique. Epais, dur, œdématié, il mesure 12 centimètres.

Tout l'angle iléo-cæcal est rouge, couvert de fausses membranes de péritonite récente.

Examen histologique. — La muqueuse est conservée partout. En certains points, folliculite hémorragique.

Congestion extrême des petits vaisseaux entre la musculeuse et la séreuse.

OBSERVATION XIII (personnelle).

X..., trente ans, entre, le 19 décembre 1905, à la Pitié, salle Broca, pour se faire enlever l'appendice.

Antécédents personnels. — Détenu pendant deux ans en Russie comme prisonnier politique, il y a contracté le scorbut et la tuberculose pulmonaire, dont les signes sont : au sommet gauche, simple submatité ; au sommet droit, matité et râles humides nombreux.

Histoire de la maladie. — Depuis trois ans cet homme a eu quatre attaques d'appendicite. La quatrième crise survenue il y a deux mois fut la plus violente.

Le malade resta un mois au lit avec fièvre, vomissements, empâtement et douleur de la fosse iliaque droite.

Actuellement il vient pour être opéré à froid.

Examen. — Le ventre d'apparence normale résiste un pen à la palpation profonde. On perçoit encore une petite masse au niveau de l'appendice; mais la douleur et insignifiante.

Appendicectomie, le 22 décembre 1905. — Incision latérale. On trouve quelques adhérences péri-cæcales. L'appendice est sous-cæcal, il mesure 12 centimètres.

Il est vascularisé, à son extrémité on soupçonne par transparence la folliculite hémorragique.

Examen histologique. — Les glandes de la muqueuse sont assez bien conservées.

C'est la sclérose sous-muqueuse qui domine avec dilatation des capillaires.

OBSERVATION XIV (personnelle).

Marguerite R..., blanchisseuse, vingt ans, entre le 6 mai 1903 à la Pitié, salle Gerdy, pour appendicite.

Antécédents personnels. — Elle eut dans l'enfance des adénites suppurées du cou qui ont laissé des cicatrices.

Réglée depuis l'âge de douze ans régulièrement, mais abondamment jusqu'à dix-neuf ans, époque où on lui fit subir une double ovariotomie.

Dans le courant d'avril 1905 elle eut une hémoptysie. On trouve une obscurité respiratoire du sommet droit et une induration du sommet gauche avec craquements.

Histoire de la maladie. — Il y a dix jours cette femme, constipée depuis une semaine, se réveilla la nuit, en proie à des douleurs violentes dans la partie droite du ventre soudainement ballonné. Fièvre. Les vomissements accompagnèrent toute tentative d'alimentation.

Pendant les jours suivants l'état abdominal s'améliora sous l'influence d'une purgation qui entraîna des membranes avec les matières.

Examen. — Le ventre est douloureux à la pression au

point de Mac-Burney. Mais les souffrances spontanées sont irradiées à gauche.

Le toucher vaginal est douloureux. L'utérus en rétroflexion paraît mobile.

Opération le 5 juin 1903. — Incision médiane.

L'épiploon est adhérent à la première cicatrice. Traces de péritonite ancienne. L'appendice long de 12 centimètres, très vascularisé, est un peu rétréci à la base puis il est gros, irrégulièrement bosselé.

Hystéropexie par raccourcissement des ligaments ronds.

Malgré un état général inquiétant, les suites opératoires furent favorables et la malade sortit le 5 juillet 1903.

Examen macroscopique. — A la coupe longitudinale, l'appendice présente à son origine une portion très mince longue de 2 centimètres, où siègent des traces de folliculite hémorragique. Ailleurs, l'organe est œdémateux, épaissi avec çà et là des vestiges de folliculite ancienne.

Examen microscopique. — Les parois de l'appendice, d'épaisseur normale au voisinage du cæcum, sont hypertrophiées dans le restant de l'organe jusqu'à atteindre une augmentation triple.

L'hypertrophie porte surtout sur la couche des follicules.

Les glandes de l'épithélium présentent un grand nombre de cellules caliciformes.

Le tissu interglandulaire est infiltré de leucocytes, en particulier d'éosinophiles.

Dans les follicules, on voit une multiplication active du tissu lymphoïde qui pousse dans la musculeuse des travées parallèles, à la surface libre de la muqueuse. L'endothélium des artérioles est tuméfié et remplit, par places, la lumière du vaisseau.

Mais ce qui est surtout remarquable, c'est la présence dans ces follicules de nombreux macrophages évidemment développés aux dépens de cellules conjonctives du réticulum et renfermant des débris de chromatine et de globules rouges. Certains de ces macrophages sont volumineux, conte-

nant trois à quatre noyaux vésiculeux et des leucocytes polynucléaires parfois à peine digérés.

Il existe, dans un grand nombre de follicules, des traces d'hémorragies anciennes sous forme de pigment verdâtre et des hémorragies plus récentes. Le sang extravasé dissocie les follicules et remplit des sortes de lacs sanguin, sans d'ailleurs paraître compromettre la vitalité des tissus environnants.

En résumé : il s'agit d'appendicite chronique avec folliculite hémorragique.

OBSERVATION XV (personnelle).

Mme X..., vingt-huit ans, entre le 14 avril 1905, à la Pitié, salle Gerdy, n° 20, pour appendicite.

Antécédents personnels. — A onze ans fluxion de poitrine, après laquelle cette femme resta débile et sujette aux bronchites fréquentes.

Présentement, l'auscultation révèle au sommet gauche une obscurité respiratoire, au sommet droit, qui est mat à la percussion, une respiration soufflante accompagnée de râles humides.

Histoire de la maladie. — La première crise d'appendicite survint il y a sept mois et la seconde quatre semaines après Toutes deux furent nettes, avec douleur caractéristique, vomissements verdâtres, constipation et fièvre.

Entre ces poussées aiguës, nécessitant le repos au lit, la fosse iliaque droite resta le siège de douleurs irradiant le long du côlon.

Constipation rebelle avec muco-membranes dans les selles.

La malade entre à l'hôpital, au sixième jour d'une troisième crise plus violente que les précédentes.

Examen. — La défense musculaire permet à peine d'apprécier la douleur.

Par le toucher vaginal, on trouve les annexes droites sensibles et l'utérus en antéversion.

Le 1er mai, les phénomènes douloureux étant moindres, on peut localiser la douleur au point de Mac-Burney.

Opération le 6 mai 1905. — Laparotomie médiane.

Ablation d'un appendice de 14 centimètres, très vascularisé.

Hystéropexie. Ignipuncture des deux ovaires scléro-kystiques.

Sortie en bon état, cette femme a été revue. Elle mange bien et digère parfaitement. La palpation du cæcum est un peu sensible.

Examen histologique de l'appendice. — L'épithélium est conservé. Le chorion de la muqueuse est complètement infiltré de cellules jeunes migratrices. Un certain nombre de follicules paraissent normaux, avec centre clair à cellules intactes ; par contre d'autres sont très infiltrés. Deux d'entre eux, suppurés, s'ouvrent dans la cavité appendiculaire.

Dans la sous-muqueuse la dilatation vasculaire correspond aux points de folliculite suppurée. Au-dessous de l'un des follicules, on trouve une veine complètement thrombosée dont la lumière est remplie de nombreux leucocytes.

Dilatation vasculaire assez marquée dans la musculeuse, un certain nombre de fibres musculaires ont un protoplasma qui paraît granuleux.

OBSERVATION XVI (personnelle).

Jeanne C..., vingt-quatre ans, entre le 6 avril 1905, à la Pitié, salle Gerdy, n° 5, pour appendicite.

Antécédents familiaux. — Une sœur tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Réglée à l'âge de seize ans très irrégulièrement jusqu'à vingt-deux ans. A la puberté, elle fut atteinte d'adénite cervicale et traitée par les fortifiants (viande crue, etc.).

Depuis deux ans, petite toux sèche et rhume chaque hiver.

A l'auscultation, le sommet droit est submat, induré avec craquements très nets en avant. A gauche la respiration est très diminuée.

Histoire de la maladie. — Les troubles dyspeptiques ont débuté il y a plusieurs mois et la malade qui s'alimentait capricieusement, ressentait alors des tiraillements d'intestin et une pesanteur douloureuse dans la fosse iliaque droite.

Le 29 mars, vers le soir, éclate, pour la première fois, une crise aiguë d'appendicite : vives douleurs prédominant à droite, vomissements, constipation.

Après trois purgations, les douleurs s'atténuent sans disparaître. Les vomissements cessent au bout de deux jours pour se reproduire deux fois la semaine suivante.

A l'entrée à l'hôpital la malade éprouve encore de violentes coliques localisées à droite, et présente un nouveau vomissement.

Examen. — La palpation accuse de l'hyperesthésie disséminée, de la défense musculaire dans la région douloureuse de l'appendice.

Les jours suivants, la crise diminue, et l'on peut explorer le point de Mac-Burney très sensible.

L'utérus antéversé est douloureux au toucher.

Opération le 31 mai 1905. — Laparotomie médiane.

L'appendice, descendant interne, est long de 11 centimètres. Dur, épaissi et très vascularisé, il présente à l'extrémité des taches noirâtres dues à la folliculite hémorragique, vue par transparence.

Hystéropexie de l'utérus antéversé.

Examen histologique. — La muqueuse de l'appendice est relativement de faible épaisseur.

L'épithélium est conservé par endroits ; on retrouve quelques glandes.

La plupart des follicules sont ouverts et suppurés dans la cavité.

Toutes les couches sont minces et atrophiées.

Fibres musculaires particulièrement touchées par l'atrophie et dissociées : les noyaux se colorent mal.

Les coupes pratiquées au niveau d'une ulcération montrent, reposant sur la musculeuse, une couche mince et discontinue de cellules conjonctives jeunes avec quelques tractus conjonctifs et quelques éosinophiles.

Sortie le 26 juin 1905 en bon état, cette malade fut *revue*, plusieurs fois, en voie d'amélioration.

10 juillet 1905. — La pression détermine quelques douleurs au niveau de la région appendiculaire.

Les craquements n'existent plus au poumon droit. Le sommet gauche respire mal.

23 octobre 1905. — La respiration est presque normale, encore légèrement faible à gauche.

L'appétit est revenu, les digestions sont faciles.

En avril 1906, cette opérée a engraissé. La région de l'appendice est indolore. Les fonctions intestinales sont régulières. Sous l'influence d'un bon état digestif, d'une assimilation parfaite, les troubles pulmonaires ont totalement disparu sans traitement spécial.

OBSERVATION XVII (personnelle).

Marie N..., 25 ans, employée de commerce, entre à la Pitié, salle Gerdy, n° 6, le 15 mars 1905, pour appendicite.

Antécédents familiaux. — Son père est atteint de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Cette femme fut mal réglée de seize à vingt ans, actuellement elle a des menstrues régulières, mais se plaint de leucorrhée.

Elle accoucha il y a dix-huit mois et fut ensuite soignée pour une pleurésie. Actuellement, on constate au sommet droit une augmentation des vibrations ; en avant le murmure vésiculaire est diminué, en arrière l'expiration est rude, prolongée.

Histoire de la maladie. — Vers l'époque de cette pleurésie survint une crise douloureuse abdominale. La malade fut mise à la diète et aux applications de glace.

Ces mêmes douleurs réapparurent dans la fosse iliaque droite. il y a un an, et durèrent plusieurs mois, sans nécessiter le repos au lit.

Partant de la région appendiculaire, elles irradiaient vers

l'épigastre et s'accompagnaient parfois de vomissements alimentaires.

Souvent aux matières étaient mêlées des membranes blanchâtres.

Examen. — Cette femme est très amaigrie, son teint est jaunâtre.

Le ventre est souple. Très nettement on trouve une douleur au point de Mac-Burney et un petit cylindre dur, profond qui doit être l'appendice. Aucune douleur annexielle à la palpation.

Par le toucher vaginal, on perçoit dans le cul-de-sac gauche une masse arrondie, rénitente, peu mobile, du volume d'une mandarine. La malade n'en a jamais souffert.

Opération le 31 mars 1905. — Laparotomie médiane.

Le côlon est prolabé, le cæcun flasque, dilaté est variqueux.

L'appendice, qu'on enlève, mesure 9 centimètres de longueur.

On fait une hystérectomie sus-cervicale pour kystes de l'ovaire bilatéraux.

Examen histologique. — L'appendice est presque complètement entouré par un méso graisseux très vascularisé ; mais, dans la portion libre, la séreuse est très épaissie.

L'épaisseur de la paroi appendiculaire varie de 3 à 5 millimètres.

La muqueuse et la sous-muqueuse sont épaissies et cette dernière pousse des prolongements fibreux entre les follicules jusqu'à l'extrémité profonde des glandes.

L'épithélium de revêtement, bien conservé, est riche en cellules caliciformes.

Glandes intactes, mais l'infiltration cellulaire interglandulaire est telle qu'il n'existe plus que des vestiges de la *muscularis mucosæ.*

Le centre germinatif des follicules est peu distinct, il n'existe plus qu'une nappe lymphoïde diffuse qui s'atrophie, tandis que se développe le tissu fibreux de la sous-muqueuse.

Un assez grand nombre de vaisseaux paraissent throm-

bosés. Le caillot, déjà envahi par des leucocytes polynucléaires, est organisé.

En résumé : Appendicite chronique à tendance atrophique.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

Mme X..., vingt-sept ans, entre le 22 février 1905, à la Pitié, salle Gerdy, n° 2, pour appendicite et annexite.

Antécédents personnels. —Elle est sujette aux bronchites. On lui trouve au sommet gauche un retentissement de la voix et de la toux, avec submatité.

Histoire de la maladie. — Cette femme fut soignée, pendant trois semaines, pour une première crise appendiculaire survenue, il y a quatre mois, avec douleur localisée, fièvre et vomissements.

Depuis ce temps, elle continue à souffrir de tiraillements dans la région épigastrique et dans la fosse iliaque droite.

Elle se plaint, en outre, de pertes blanches et de souffrances dans le bas ventre depuis quelques jours.

Examen.— La malade paraît amaigrie et déclare s'alimenter difficilement.

La région de l'appendice, souple, est le siège d'une douleur due à la pression. Rien au niveau des annexes. Mais le toucher vaginal perçoit dans le cul-de-sac droit une grosse masse non douloureuse.

Opération le 24 mars 1905 — Laparotomie médiane. Le côlon est prolabé. L'appendice, long de 7 centimètres, est à peine vascularisé, il paraît un peu épaissi et sclérosé.

On pratique l'hystérectomie sus-cervicale, l'ovaire droit étant purulent et le gauche scléro-kystique.

Examen macroscopique. — L'appendice, ouvert longitudinalement, présente, vers la pointe, un piqueté hémorragique tranchant sur le reste de la muqueuse saine.

Examen microscopique. — Les lésions sont très légères. On note seulement une hypertrophie assez marquée des

follicules, une infiltration lymphoïde assez dense du tissu interglandulaire et un peu de congestion diapédétique.

En résumé : Appendicite chronique indépendante d'affection annexielle.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

Mme X..., trente-deux ans, entre le 30 janvier 1905 à la Pitié, salle Gerdy, no 7, pour douleurs abdominales.

Antécédents familiaux. — Son père est mort tuberculeux.

Elle a perdu deux enfants morts en bas âge de méningite bacillaire.

Son fils âgé de huit ans est atteint d'un mal de Pott.

Antécédents personnels. — Cette malade, bien réglée depuis l'âge de seize ans, s'est mariée à vingt ans et a eu quatre grossesses dont la dernière s'est terminée il y a quatre ans par une fausse couche.

Elle souffre dans le ventre depuis cette époque.

Le passé appendiculaire n'est pas net.

On ne peut avoir de renseignements précis sur une crise douloureuse abdominale avec vomissements survenue il y a trois mois à l'époque menstruelle.

La veille de l'entrée à l'hôpital, crise semblable, avec douleur diffuse dans le ventre ballonné, vomissements et fièvre.

Examen. — On trouve par la palpation, une douleur fixe au point de Mac Burney et, par le toucher vaginal, une collection annexielle gauche avec périmétrite.

Par *l'auscultation des poumons* on perçoit, au sommet gauche qui sonne mal, du retentissement de la voix et de la toux en même temps qu'une respiration rude.

Opération le 31 mars 1905. — Laparotomie médiane.

L'appendice sous-iléo-cæcal est gros, épais, rouge, couvert de fausses membranes de péritonite récente.

Hystérectomie sus-cervicale pour double salpingite purulente.

Examen macroscopique. — L'appendice, ouvert selon son grand axe, présente, vers la pointe, un calcul stercoral. La muqueuse paraît épaissie et couverte, par endroits, de folliculite hémorragique.

Examen microscopique. — Les parois de l'appendice ont une épaisseur de 6 millimètres, la muqueuse mesurant 1 à 2 millimètres.

La séreuse est conservée, mais enflammée.

Sous-muqueuse épaissie, du fait de l'atrophie des follicules. Sclérose très développée.

L'épithélium de revêtement est absolument intact.

Glandes de Lieberkühn normales, développement caliciforme et infiltration lymphocytaire.

Les follicules paraissent avoir eu un développement considérable; mais ils se sont atrophiés, laissant place à du tissu scléreux dérivé de la sous-muqueuse. Dans ce tissu les lymphatiques sont dilatés et remplis de globules blancs.

Il existe quelques abcès miliaires au centre d'un certain nombre de follicules ; l'un des abcès est renfermé dans une glande oblitérée.

Rares cellules éosinophiles dans le tissu interglandulaire.

En résumé : Appendicite chronique avec poussée aiguë récente.

Sortie le 9 mai 1905, après des suites opératoires favorables.

Revue en parfait état le 10 juillet 1905. Les fonctions gastro-intestinales sont excellentes. Les lésions pulmonaires ne se sont pas aggravées.

OBSERVATION XX (Personnelle)

Mme X..., vingt-six ans, entre le 16 juin 1905, à la Pitié, salle Gerdy, n° 2.

Antécédents familiaux. — Père et frère morts de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Mariée à un tuberculeux, cette malade est elle-même atteinte de la poitrine.

L'auscultation des poumons signale : au sommet droit de la submatité et des signes d'induration ; au sommet gauche une inspiration rude, une expiration prolongée.

Histoire de la maladie. — Il y a trois ans début de coliques hépatiques. Depuis ce temps, nombreuses crises frustes qui se confondent avec des troubles évidents d'appendicite chronique.

La malade entre au cours d'une crise où ces deux affections paraissent s'être manifestées et éprouve, pendant son séjour, quatre nouvelles attaques où alternent les manifestations de la lithiase biliaire et de l'appendicite.

Examen. — Par le palper on constate que tout l'abdomen est sensible mais c'est l'hypochondre droit qui est le siège de douleurs vives.

Un autre endroit douloureux est situé vers le point de Mac Burney.

Opération le 28 juillet 1905. — Incision sur le milieu du muscle grand droit du côté droit.

Ablation de l'appendice (15 cm.) qu'on trouve au détroit supérieur.

Cholécystostomie.

Sortie le 2 septembre 1905.

Examen macroscopique. — L'appendice ouvert longitudinalement est sclérosé et oblitéré dans sa moitié terminale. Le reste de l'organe présente de la folliculite. A la partie moyenne se voit une ulcération.

Examen microscopique de l'appendice. — L'épithélium est assez bien conservé, son stroma est discrètement infiltré.

Quelques glandes atrophiées subsistent.

Congestion intense des capillaires du chorion.

Folliculite bien nette, non suppurée, avec un certain nombre de macrophages bourrés de grains de chromatine en picnose.

Musculeuse très réduite.

Les coupes faites au niveau de l'ulcération montrent la

muqueuse érodée et réduite à une couche de tissu conjonctif infiltré de cellules jeunes, dans lesquelles on voit de nombreux vaisseaux.

b) *Appendicectomies systématiques au cours de laparotomies chez des tuberculeuses. — Aucun signe clinique appendiculaire. — Lésions d'appendicite.*

OBSERVATION XXI (personnelle)

Mme X..., quarante-quatre ans, entre le 17 octobre 1904, à la Pitié, salle Gerdy, n° 22, pour salpingite.

Aucune histoire notable d'appendicite.

Antécédents familiaux. — Sa mère et ses deux frères sont morts de tuberculose pulmonaire. Sa fille, âgée de vingt-sept ans, est poitrinaire.

Antécédents personnels. — Cette malade a eu deux fluxions de poitrine vers la vingtième année. Elle tousse et maigrit depuis six ans. Elle présente actuellement des frottements pleuraux à la base gauche.

Hystérectomie et appendicectomie le 26 octobre 1904.

Examen histologique de l'appendice (qui, rétro-colique ascendant adhérait au bloc inflammatoire formé par l'utérus et les annexes).

Folliculite banale. Epithélium assez bien conservé.

Glandes bien développées.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Mme X..., trente-quatre ans, entre, le 16 novembre 1904, à la Pitié, salle Gerdy, n° 21, pour métrorragies.

Antécédents familiaux. — Mari tousseur.

Antécédents personnels. — Le sommet du poumon droit

sonne mal, des craquements discrets entrecoupent la respiration saccadée.

Pas de troubles appendiculaires.

Opération le 16 décembre 1904. — L'appendice enlevé mesure 10 centimètres. Il est dur, à parois épaisses ; très vascularisé surtout vers son extrémité ; il est couvert de fausses membranes de péritonite récente. Le méso rétracté tiraille l'appendice et le coude vers son milieu.

Examen histologique. — Epithélium de la muqueuse et des culs-de-sac notablement conservés.

Folliculite avec quelques hémorragies.

Nombreuses cellules éosinophiles dans le chorion de la muqueuse.

Sortie le 20 janvier 1905.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

Mme B... C.., trente-cinq ans, entre, le 20 janvier 1905, à la Pitié, salle Gerdy, ne 10, pour salpingite.

Antécédents familiaux. — Sa mère et ses deux frères sont morts tuberculeux.

Antécédents personnels. — Elle-même présente au sommet du poumon gauche un peu de submatité avec respiration rude.

Au sommet droit, en arrière, respiration soufflante.

Pas d'antécédents appendiculaires.

Hystérectomie subtotale et appendicectomie le 25 janvier. Appendice rétro-cæcal ascendant externe, court, dur surtout vers la pointe.

Examen histologique. — Epithélium conservé par places. Infiltration discrète du chorion par des cellules jeunes. En un point, au niveau d'une ulcération, on ne trouve qu'une couche de tissu scléreux assez fortement infiltré. Les follicules voisins, présentant indépendamment de leur inflammation des lésions nettes de sclérose, sont sillonnés de travées conjonctives fibreuses.

OBSERVATION XXIV (personnelle).

Mme X..., quarante-quatre ans, entre le 17 octobre 1905, à la Pitié, salle Gerdy, n° 4, pour métrorragies.

Antécédents familiaux. — Sa mère et son frère sont morts de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Pleurésie à vingt et un ans. Bronchite grave il y a cinq ans.

Aujourd'hui, on constate au sommet du poumon gauche : en avant une inspiration humée, une expiration prolongée ; en arrière, respiration diminuée sur toute la hauteur, sauf dans la fosse sus-épineuse où elle prend un timbre soufflant.

Pas de symptômes d'appendicite.

Opération, le 25 octobre 1905. — Ablation d'un appendice de 9 centimètres, sous-iléo-cæcal, peu vascularisé, à parois épaisses.

Hystérectomie pour fibrome.

Examen histologique de l'appendice. — L'épithélium est presque partout détruit ; il demeure quelques culs-de-sac glandulaires.

Le chorion est infiltré et très hémorragique.

Folliculite intense avec stade suppuratif.

Dans la sous-muqueuse, parsemée de vaisseaux nombreux et dilatés, la sclérose est très marquée.

La première couche de la musculeuse est sclérosée.

Sortie le 26 novembre 1905. — Nous avons *revu* cette opérée en excellente santé. La fosse iliaque n'était pas douloureuse.

OBSERVATION XXV (personnelle).

Mme X..., trente-neuf ans, entre le 24 octobre 1905, à la Pitié, salle Gerdy, n° 3, pour fibrome utérin.

Antécédents personnels. — A douze ans, fluxion de poitrine. A vingt-neuf ans, pleurésie soignée au lit pendant un mois. Dans la suite, cette femme maigrit et tousse.

Par l'auscultation on ne retrouve pas trace de l'ancienne pleurésie, mais on perçoit, au sommet du poumon gauche, des craquements avec submatité.

Aucun passé appendiculaire.

Opération le 2 novembre 1905. — Appendice de 15 centimètres sous-iléo-cæcal, vascularisé, moniliforme, rempli de calculs stercoraux.

Hystérectomie pour fibrome.

Examen histologique de l'appendice. — Muqueuse conservée sans altération.

Folliculite légère. Sclérose interfolliculaire.

Musculeuse réduite.

Sortie le 9 décembre, ayant bien supporté les suites de l'intervention.

Revue le 8 janvier 1906. L'état général est redevenu satisfaisant.

Seul de toute la masse intestinale, le cæcum est un peu sensible à la pression.

II. — Observations ayant trait au diagnostic différentiel

1° Troubles appendiculaires pris pour prétuberculose

OBSERVATION XXVI (Personnelle)

Augusta T..., vingt ans, entre le 26 octobre 1904 à la Pitié salle Gerdy, n° 23.

Antécédents familiaux. — Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire. Son frère et sa sœur sont suspects de la même maladie.

Antécédents personnels. — Aucun passé pathologique. Bien réglée depuis l'âge de dix-sept ans.

Histoire de la maladie. — Il y a un an cette jeune fille a commencé à mal s'alimenter et à perdre ses forces.

Son médecin, considérant et ce dépérissement sans cause appréciable et les antécédents familiaux, a redouté une menace de tuberculose pulmonaire. Il a soumis cette malade à la suralimentation et aux piqûres de cacodylate.

Or, par l'interrogatoire, on apprend que les premiers phénomènes de dénutrition furent accompagnés de tiraillements dans la région épigastrique avec irradiations dans tout l'abdomen sans prédominance toutefois dans la fosse iliaque droite.

Sous l'influence du traitement, l'état général ne s'est pas amélioré ; au contraire, les digestions sont devenues difficiles, quelques rares vomissements et de fréquentes douleurs abdominales sont survenus.

Onze jours avant son entrée à l'hôpital, cette malade ressentit dans la région épigastrique des douleurs violentes qui persistèrent pendant tout le jour, sans entraver le travail. Pas de vomissements.

Le lendemain, sensation douloureuse dans tout l'abdomen, une selle glaireuse. Inappétence complète.

La malade s'alite et continue à souffrir jusqu'au cinquième jour après le début. Le médecin prescrit une purgation, des lavements, des compresses calmantes sur le ventre.

La douleur finit par se localiser dans la fosse iliaque droite et la fièvre apparaît.

Au neuvième jour de la crise, la malade entre dans le service de notre maître, se plaignant de douleurs continues avec paroxysmes.

Examen. — L'aspect général est chétif et le facies d'un blanc jaunâtre.

Le ventre est un peu ballonné, la palpation superficielle est douloureuse dans toute la partie droite de l'abdomen. La pression profonde est empêchée par la défense musculaire.

La percussion dénote une zone de submatité de trois travers de doigt, ayant pour centre le point de Mac Burney.

Constipation opiniâtre. Pouls 102. Température 38°8.

Rien à noter aux autres appareils. Aucun signe stéthoscopique aux poumons.

2 novembre. — Cessation de la fièvre.

7 novembre, — Masse un peu tendue au niveau de l'appendice et due aux adhérences péri-appendiculaires. Submatité à ce niveau.

On fait cesser la constipation par un suppositoire peu efficace, puis par un petit lavement huileux prudent.

Rien à l'utérus ni aux annexes.

14 novembre. — Masse profonde appréciable au détroit supérieur. Le cul-de-sac vaginal droit est un peu douloureux.

21 novembre. — L'annexite s'atténue. Résistance musculaire rendant difficile l'exploration de l'appendice.

28 novembre. — Bon état annexiel. On commence à percevoir un cordon dur au milieu des adhérences péri-appendiculaires.

5 décembre. — On n'apprécie plus l'appendice lui-même.

Appendicectomie le 14 décembre 1904. — Incision latérale. Adhérences intimes du cæcum à la paroi antérieure sur une étendue de 3 centimètres. Après avoir détaché, les unes des autres, les anses intestinales unies par les fausses membranes, on trouve sur le cæcum un noyau induré autour duquel se faisaient les adhérences.

L'appendice (15 cm.) est turgescent, rouge, vascularisé. A 4 centimètres de sa pointe s'attache une anse intestinale.

Méso épais, large.

Examen histologique. — Folliculite hémorragique.

En plusieurs points, la muqueuse manque totalement, en d'autres endroits, on retrouve glandes et muqueuses intactes.

Sclérose intense du méso.

Sortie le 12 janvier 1905, cette opérée, que nous avons *revue*, est devenue méconnaissable par sa santé prospère. Elle s'alimente à merveille et n'a pas plus cet aspect malingre qui avait fait redouter chez elle une menace de tuberculose.

OBSERVATION XXVII

(Comby. — Société médicale des Hôpitaux, 1905).

Un jeune Argentin de vingt-cinq ans avait joui jusqu'à sa vingt et unième année d'une santé parfaite.

Il y a quatre ans, il commença à maigrir et bientôt il avait perdu 15 kilogrammes, devenant absolument méconnaissable. Maigreur frappante, teint blême, anorexie, dégoût pour les aliments.

De nombreux médecins de Buenos-Ayres furent consultés ; le suc gastrique fut analysé, les crachats furent examinés, les poumons auscultés attentivement.

Rien de net et positif ne fut découvert. Les uns opinèrent pour la dyspepsie chronique, les autres pour la neurasthénie, certains suspectèrent la phtisie.

On prescrivit un régime sévère, le séjour à la campagne, etc. Le malade s'y soumit sans résultat appréciable. Il fut alors envoyé plus loin, dans la partie montagneuse de la République Argentine, à Cordoba, séjour préféré des débilités et des phtisiques. Il y fit deux cures sans succès.

De guerre lasse, il vient en Europe et consulte un médecin de nos hôpitaux qui le déclare anémique et l'envoie à Saint-Moritz, dans l'Engadine. Il passe six semaines dans un sanatorium d'altitude et rentre en France absolument découragé.

Entre temps, il avait pris l'avis d'un médecin allemand qui ne lui avait pas apporté plus de profit.

J'avais eu l'occasion à deux ou trois reprises, en 1904, d'entrevoir ce jeune homme ; j'avais été frappé de sa pâleur, de sa maigreur. Mais il ne m'avait pas consulté. Un jour il me mande pour une indigestion qu'il croyait avoir. Il avait vomi son dîner, quoi qu'il fût au régime le plus sévère, et il présentait un état saburral avec fièvre (38°) et accélération du pouls (90). Je découvris le ventre et trouvai un peu de sensibilité dans la région de Mac-Burney.

Je conclus à une appendicite aiguë légère, ce dont le malade fut ravi.

En quelques jours il fut sur pieds et vint me trouver pour se soumettre à mon examen après la crise. Le ventre était souple, la palpation facile ; la douleur au point de Mac Burney me parut insignifiante. Néanmoins, je maintins mon diagnostic d'appendicite et je cherchai dans le passé du malade les vestiges de crises analogues à celle qu'il m'avait été donné de constater. Il se souvint alors qu'à deux reprises au moins, pendant son séjour à Buenos-Ayres, il avait éprouvé tout à coup des douleurs abdominales très vives, mais de courte durée (deux à trois heures). Ces douleurs n'avaient pas été accompagnées de vomissements et n'avaient pas arrêté le malade. Outre ces petites crises ébauchées d'appendicite, le malade avait, depuis quatre ans, une constipation opiniâtre, des gaz, des renvois nidoreux, une langue sale, une bouche amère. Tout cela pouvait être mis sur le compte d'une intoxication intestinale chronique.

M. Jalaguier consulté partagea mon idée et conseilla l'ablation. Mais le 16 mars 1905, pendant qu'on endormait le patient il avoua que l'appendicite était seulement probable et qu'on pouvait s'attendre à trouver un organe sain. C'est dire que, jusqu'au dernier moment, une certaine incertitude planait sur le diagnostic.

Mais, le sommeil chloroformique obtenu, la palpation profonde de la fosse iliaque fit reconnaître que l'appendice était gros. En effet après l'incision des différentes couches, l'organe fut aisément découvert : il était volumineux, uni au cæcum par de nombreuses adhérences fibreuses.

Les lésions : adhérences multiples, augmentation de volume, sclérose oblitérante, folliculite, etc., attestaient une appendicite chronique de date très ancienne et justifiaient amplement l'opération.

Les suites furent bonnes et le malade sortit le 5 avril 1905 de la maison de santé. Il était bien portant. Appétit satisfaisant, digestions parfaites.

Je l'ai revu au mois de juin 1905, la guérison s'est maintenue, l'état général est florissant.

OBSERVATION XXVIII

(Soupault. — Soc. méd. des Hôp., 1903.)

M..., vingt et un ans, délicate et chétive, se plaint depuis longtemps de troubles gastro-intestinaux. Elle est amaigrie, pâle et fatiguée.

On la croit atteinte de tuberculose pulmonaire, mais plusieurs examens ne révèlent rien à l'auscultation.

Les règles sont irrégulières et douloureuses. Les dernières, accompagnées de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, de vomissements, de diarrhée alternant avec la constipation, nécessitèrent le repos au lit.

A l'examen, on trouve un point très localisé à droite, mais un peu bas vers la région de l'ovaire. Vomissements porracés. Température 39 degrés, pouls 104.

Appendicite indiscutable, opérée après plusieurs semaines de repos.

2° Appendicite masquée par la tuberculose

OBSERVATION XXIX

(Gaillard. — Soc. méd. des Hôp., 1904.)

Fièvre hectique jugulée chez une tuberculeuse par l'ablation de l'appendice.

Elisa W..., vingt-cinq ans, infirmière, est admise le 14 août 1903 à l'hôpital Lariboisière, salle Aran, n° 15.

Son passé pathologique est très chargé. Dans l'enfance, scarlatine et coqueluche ; à dix ans, pneumonie ; à dix-neuf ans, péritonite durant six semaines ; à vingt-quatre ans, pleurésie gauche.

En mai 1 903, gastralgie, vomissements alimentaires, hématémèses.

En juillet, mélœna : puis point de côté à gauche et sueurs profuses.

Au moment de son admission dans mon service, elle a une diarrhée abondante, température 37° 2 et 37° 8. Notre collègue Bezançon, qui nous remplace, ne constate d'abord que de la dyspepsie avec une douleur à la pression de la région xiphoïdienne. Puis, il est amené à rechercher dans le thorax la cause de la fièvre, qui se manifeste tous les soirs (39 degrés à partir du 27 août ; 39° 6 le 4 septembre).

Il trouve au sommet droit des signes de tuberculose : submatité, respiration soufflante, expiration prolongée. Malgré les médicaments prescrits, la température vespérale s'élève à 40 degrés, à partir du 17 septembre.

La numération des globules du sang donne : 10.500 globules blancs avec polynucléose.

Le 21 septembre, reprenant la direction du service, j'examine la malade. Diagnostic : tuberculose du sommet droit (second degré), tuberculose intestinale probable.

Le 5 octobre, la malade accuse une très vive douleur au point de Mac-Burney ; palpation douloureuse, pas de tuméfaction. Au bout de quelques jours, cette douleur s'apaise, tandis que la fièvre persiste sans atténuation (40° 6 le soir du 10 octobre).

Alternatives de diarrhée et de constipation. Pas de vomissements.

Vers la fin d'octobre, nous sacrifions un cobaye qui a reçu dans le péritoine, le 14 septembre, 1 centimètre cube du sang de la malade ; ce cobaye ne porte aucune lésion tuberculeuse du péritoine.

Le 1er novembre, 38 degrés et 40°2. On note ensuite pendant trois semaines des oscillations analogues.

Les douleurs appendiculaires nécessitent l'application, presque ininterrompue, du sac de glace. Pas d'empâtement de la région de l'appendice. Pas de réaction péritonéale cliniquement appréciable. Les organes génitaux sont indemnes.

Aucun stigmate d'hystérie.

Il faut admettre une appendicite. Mais, comme elle coïncide, d'après moi, avec des lésions probablement assez étendues de tuberculose intestinale, je ne puis me résoudre à proposer l'opération.

Pendant le mois de décembre, répétition des crises diarrhéiques toujours sans vomissements ; même fièvre : d'abord 39 degrés, puis 40 degrés tous les soirs avec d'importantes rémissions matinales.

Pas de dénutrition marquée. Pas d'aggravation pulmonaire.

Je me décide, le 2 janvier 1904 à faire passer la malade dans le service de M. Michaux qui, après des examens réitérés, l'opère le 11 janvier.

Intégrité absolue du péritoine. L'intestin n'offre aucune lésion appréciable. Quant à l'appendice qu'on enlève, il est parfaitement libre et en position normale.

Or, le soir, au lieu de s'élever à 39°6 comme la veille, la température se maintient à 36°8. Le lendemain 36°8 et 37 degrés. Donc la fièvre n'existe plus. Une seule fois, pendant la nuit on note 39 degrés, mais ensuite l'apyrexie persiste. Jusqu'à la fin du mois la température se maintient à 37 degrés et au-dessous.

D'ailleurs le rétablissement s'accomplit avec rapidité. La diarrhée, qui s'était manifestée pendant quelques jours après l'opération disparaît. L'appétit est satisfaisant. Le 9 février la malade a regagné son poids de 48 kilogrammes précédemment noté.

Je l'ausculte à ce moment, elle présente toujours du souffle et des craquements humides au sommet droit ; mais elle n'a ni toux ni expectoration.

Le 10 février 1904, elle part en convalescence.

Examen histologique de l'appendice. — Longueur 9 centimètres, consistance un peu supérieure à la normale. Par une section transversale, on constate à l'œil nu que la cavité n'existe plus ; elle paraît oblitérée par l'hypertrophie de la muqueuse.

Les coupes montrent, au microscope, que la séreuse péritonéale est indemne. En un point de la périphérie, existent quelques travées de tissu fasciculé qui répondent probablement à

l'insertion du méso-appendice et contiennent des leucocytes disséminés.

La couche musculaire interne paraît augmentée d'épaisseur.

La sous-muqueuse est très hypertrophiée, très dense, constituée surtout par des faisceaux fibreux ; elle envoie dans la muqueuse des prolongements irréguliers.

La muqueuse forme un énorme bourrelet, d'épaisseur variable, contenant des follicules clos hypertrophiés et de volumineuses glandes. Mais ce qui frappe surtout c'est de la voir complètement envahie par les leucocytes qui se disposent en amas ou en nappes assez considérables pour masquer partout son stroma, de telle manière qu'on croirait avoir sous les yeux de la pulpe splénique.

Pas d'abcès, pas d'ulcération de la muqueuse.

Rien ne permet de découvrir une lésion tuberculeuse.

En résumé : Appendicite chronique manifeste mais plus histologique que clinique.

Pourquoi cette appendicite histologique a-t-elle provoqué et entretenu, pendant quatre mois, une fièvre que l'on imputait à la bacillémie ou à la toxémie tuberculeuse ?

Question de terrain sans aucun doute.

Cette très intéressante observation de M. Gaillard fut discutée à la Société médicale des Hôpitaux par M. Barth, qui avait auparavant soigné cette femme, pendant sept mois, pour tuberculose pulmonaire.

M. Barth prétendit qu'il ne s'agissait que d'un cas de fièvre hystérique guérie par le shock opératoire et capable de se reproduire dans l'avenir.

M. Gaillard combattit, non seulement l'hystérie chez sa malade, mais encore l'existence de la fièvre hystérique en général. Il promit de se tenir au cou-

rant de la santé de cette opérée qu'il revit maintes fois.

Nous sommes autorisé à conclure que cette infirmière toujours employée dans les hôpitaux est aujourd'hui bien portante. Son tube digestif fonctionne parfaitement. Ses lésions pulmonaires n'ont pas augmenté et jamais la fièvre en question n'a fait sa réapparition.

OBSERVATION XXX

(Cathelin. — Société anatomique, 1898).

Appendicite méconnue chez un pottique.

R... Paul entre à l'hôpital de Berck le 23 juillet 1896 pour mal de Pott.

C'est un enfant malingre et chétif, porteur d'une grosse gibbosité dorsale inférieure avec fistule lombaire gauche suppurant abondamment et un abcès de la grosseur d'un petit œuf localisé au niveau de la fosse illiaque droite.

Le 4 juin 1898, alors que ce malade allait en dépérisssant par suite de suppuration, la faiblesse augmente, l'appétit tombe. Il y a de la diarrhée et des douleurs dans le ventre, surtout à gauche.

Deux jours après vomissements. La mort survient le 9 juin sans autres signes graves. Sans dyspnée, céphalée ni albumine.

Autopsie. — Foie, rate énormes.

Reins, poumons, cœur sains.

Au cerveau léger exsudat blanchâtre sur la convexité.

Mésentère envahi par des ganglions hypertrophiés. L'abcès occupe toute la longueur du psoas.

L'appendice découvert péniblement entre le cæcum et l'abcès est fusionné en deux et presque méconnaissable. Il est court,

hypertrophié dans ses parois par suite des phénomènes inflammatoires de voisinage et la lumière en est partiellement obsruée.

OBSERVATION XXXI

(Hermann. — *Prag. Med. Woch.*, 1899.)

Appendicite avec perforation masquée par une tuberculose des séreuses.

C... Y..., aubergiste, quarante-cinq ans, entre à l'hôpital le 14 mai 1898.

Une de ses sœurs est morte de tuberculose pulmonaire.

Cet homme a été bien portant jusqu'à il y a trois ans. A cette époque il souffre de troubles gastriques douloureux. Mêmes symptômes en février 1898, puis ballonnement du ventre avec œdème des membres inférieurs.

Pas d'alcoolisme avoué. Urines normales.

Examen. — Homme pâle et malingre. Œdème périmalléolaire. Auscultation normale malgré la dyspnée (36). Léger bruit systolique à la pointe du cœur. Pouls 120. Température 39°6.

L'abdomen très distendu, difficilement palpable, contient un peu de liquide. Foie abaissé. Rate non perceptible.

Le 15 mai, la dyspnée augmente. Par une paracentèse, on retire 6 litres d'un liquide verdâtre dépourvu de bacilles de Koch. Le ventre indolore devient palpable. Pouls 112. Respiration 32. Température 36°5.

Le 24 mai, nouvelle ponction abdominale de 6 litres. Signes d'épanchement pleural à la base droite.

Le 26 mai, violentes douleurs abdominales. La ponction exploratrice faite à la base droite donne un liquide sanguinolent sans bacilles.

A partir du 31 mai, la température, normale le matin, oscille chaque soir entre 38 degrés et 39 degrés.

Le 4 juin, liquide séreux par la thoracentèse. Pas de bacilles.

Examen du sang : globules rouges 3.200.000, globules blancs 12.000. Hémoglobine 50 o/o.

Le 8 juin, troisième ponction abdominale qui retire 1 litre de liquide séreux. Autour de l'ombilic on trouve des points de résistance sous forme de cordons.

On diagnostique une tuberculose des séreuses.

Le 19 juin, mort avec dyspnée intense.

Autopsie. — Pleurésie purulente. Péricardite. Péritoine épaissi, recouvert d'épaisses couches de fibrine.

L'appendice est perforé et se termine dans un abcès stercoral.

OBSERVATION XXXII

(Rollin. — *In* thèse Petit, 1905.)

Appendicite tuberculeuse avec perforation masquée par d'autres troubles de la tuberculose.

Homme, quarante-neuf ans, tuberculeux pulmonaire à la troisième période, cachectique et présentant des phénomènes de tuberculose intestinale : douleurs, diarrhée, pas de mélœna, ventre météorisé. Pendant son séjour à l'hôpital ce malade se plaignit souvent de douleurs dans la fosse iliaque droite, qui furent attribuées à son entérite bacillaire.

Pas de vomissements. Fièvre hectique.

Le malade meurt brusquement.

A l'autopsie, en outre des lésions des poumons, des plèvres, de l'intestin, on trouve le foie gras et un appendice perforé avec abcès péri-appendiculaire.

Les coupes histologiques ont révélé une *appendicite tuberculeuse.*

3° Diagnostic entre l'appendicite et diverses manifestations tuberculeuses

OBSERVATION XXXIII

(Mirande. — Thèse, Paris, 1900).

Appendicectomie chez une femme atteinte de broncho-pneumonie tuberculeuse simulant l'appendicite.

Mme C..., trente ans, entre le 25 janvier 1900 à l'hôpital Saint-Antoine. Son mari est mort tuberculeux.

Cette femme, d'une bonne santé habituelle, ressentit subitement le 23 janvier de l'inappétence avec pesanteur épigastrique et abdominale ; céphalée, constipation. En s'alitant, elle fut prise de frissons, de vomissements alimentaires et souffrit pendant une heure d'une violente douleur dans le côté droit du ventre.

A l'examen, le 25 janvier, il persiste une douleur spontanée et un état nauséeux. Dans la fosse iliaque droite : hyperesthésie cutanée, défense musculaire et vive douleur localisée au point de Mac Burney. Température 39°2. Pouls rapide, langue saburrale, facies altéré.

Croyant à une appendicite avec péritonite circonscrite, on opère d'urgence le 25 janvier. L'appendice est libre d'adhérences sur le bord externe du cæcum, il paraît indemne.

Son *examen histologique* ne révèle rien d'anormal. Les tuniques ne présentent ni épaississement, ni la moindre lésion. L'appendice est particulièrement sain.

Suites opératoires. — Cicatrisation normale. Pas d'amélioration de l'état général. La température oscille chaque jour entre 38°5 et 39°5.

Le 31 janvier, la malade se plaint d'oppression. Petite toux quinteuse.

Le 2 février, foyer de râles dans le poumon gauche, on croit

à une broncho-pneumonie grippale, mais les râles se généralisent et le poumon droit est envahi. Deux examens de crachats négatifs.

La malade maigrit, se cachectise et meurt le 8 mai.

Autopsie. — Les deux poumons sont farcis de tubercules caséifiés. Granulations pleurales, Péritoine sain ; bon état du moignon appendiculaire.

OBSERVATION XXXIV

Grols. — (*In Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*)

Appendicite prise pour une tuberculose génitale.

Un homme de quarante et un ans, très affaibli, avait eu récemment à droite une épididymite blennorragique qui guérit rapidement. Du même côté existait depuis vingt-six ans une hernie inguinale irréductible.

Lorsque ce malade voulut reprendre son travail, le bandage provoqua des douleurs et une tuméfaction de la région.

A l'hôpital d'Altona, on fait le diagnostic de tuberculose génitale et on opère.

Après incision du canal inguinal, le cordon se montre entouré d'une enveloppe épaisse. On ouvre le péritoine au niveau de l'orifice inguinal interne, on y découvre le cæcum ; l'appendice traverse le sac pour se perdre dans le cordon épaissi. Il y adhère tellement qu'on est obligé de faire la castration avec l'appendicectomie.

Toutes les couches de l'appendice sont épaissies, les deux perforations que porte cet organe sont attribuées par Grols aux pressions exercées par le bandage herniaire.

Appendicites confondues avec la coxalgie

OBSERVATION XXXV

(Poncet. — *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1894.)

Mlle C..., âgée de douze ans, est envoyée à M. Poncet, le 26 février 1894, pour une douleur de la fosse iliaque droite, s'accompagnant d'une légère claudication qui avait fait croire à la coxalgie.

Cette fillette, d'aspect malingre, ressentit en décembre 1893 une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur diminua les jours suivants, mais put encore être provoquée par la pression. Elle s'accompagna d'une certaine boiterie.

Depuis, l'enfant a maigri. son état général a décliné. Elle se plaint en outre de troubles gastro-intestinaux avec constipation. Enfin à deux reprises elle a éprouvé une douleur analogue à la précédente dans le ventre du même côté.

M Poncet après avoir exploré l'articulation et la fosse iliaque diagnostiqua une appendicite à répétition. L'appendice, enlevé le 10 mars 1894, présentait des lésions chroniques évidentes.

On a revu cette petite malade à diverses reprises. Son état général a subi une véritable transformation. L'enfant est devenue forte, grasse et fraîche. Elle ne se plaint plus d'aucun malaise et marche normalement.

OBSERVATION XXXVI

(Tillaux. — *Journ. de Méd. et Chir. prat.*, 1894.)

Tillaux a été consulté pour une jeune fille de treize ans, chez laquelle une douleur vive, dont le maximum paraissait siéger au niveau de l'articulation coxo-fémorale, avait fait dia-

gnostiquer une coxalgie et qui, pour cette raison, avait été placée dans une gouttière de Bonnet.

Cependant un examen attentif montra qu'il s'agissait d'une appendicite légère, remarquable par l'irradiation des douleurs du côté de la hanche.

OBSERVATION XXXVII

(Guinard. — *In Traité de Chir.*, t. VII.)

Un appendiculaire d'Asnières, affligé d'antécédents tuberculeux, avait avant l'incision une telle immobilisation de la hanche qu'on avait cru d'abord à une coxalgie. L'hyperflexion de la cuisse rendait très malaisée la palpation de la fosse iliaque interne et c'est seulement pendant l'anesthésie que l'on put, en détruisant la contracture, trouver le gâteau iliaque.

L'opération révéla une *appendicite tuberculeuse*

Appendicites confondues avec la péritonite tuberculeuse

OBSERVATION XXXVIII

(Routier. — Soc. de Chir., 1898.)

Une femme, souffrant d'embarras gastrique depuis le 10 mai, fut prise le 30 mai de douleurs abdominales, avec vomissements bilieux puis noirâtres, et de diarrhée abondante fétide. Bientôt la douleur se fixa dans la fosse iliaque droite.

Le 3 juin, facies anxieux grippé, ventre très ballonné, douleur maxima au point de Mac Burney. Pouls 120. Température 38 degrés. Défense musculaire gênant la palpation. Rien à l'utérus ni aux annexes, mais sur le côté droit du petit bassin une tumeur allongée, mobile.

J'acceptai et confirmai le diagnostic d'appendicite, puis, portant un pronostic sévère, aggravé par la diarrhée fétide, je proposai l'intervention.

Laparotomie latérale le 3 juin. — Ecoulement d'une quantité de sérosité louche. L'appendice libre n'est pas malade. L'épiploon chargé de tubercules est réséqué. Semis de granulations sur les trompes. Côlon ascendant infiltré d'une matière jaune. A la bifurcation des vaisseaux iliaques, tumeur ganglionnaire.

Lavage, drainage.

Les vomissements s'arrêtèrent, l'intestin reprit ses fonctions normales. La malade qui a bénéficié de l'erreur de diagnostic est aujourd'hui en bon état.

OBSERVATION XXXIX

(Brun. — Soc. de Chir., 1898.)

Une jeune fille de quatorze ans était soignée dans le service du professeur Grancher pour faiblesse générale extrême et coloration bronzée de la peau, qui avait fait émettre l'hypothèse d'une maladie d'Addison.

Brusquement, elle fut prise en novembre 1897 d'une violente douleur du côté droit du ventre, avec vomissements et diarrhée. Ces phénomènes s'aggravèrent rapidement.

Le 1er décembre, facies grippé, pouls imperceptible. Température 39°8. La pression du ventre était douloureuse surtout à droite. Je conclus à une péritonite généralisée à point de départ appendiculaire, avec pronostic sombre.

Laparotomie latérale d'urgence. Je reconnus alors mon erreur. Tout le péritoine était couvert de granulations miliaires ; mais à côté de ces lésions récentes, causes des accidents aigus, il existait des masses caséeuses disséminées, unissant et l'épiploon et l'intestin. Au milieu de ces adhérences, poches ascitiques que j'évacuai.

Lavage, drainage.

J'avais peu confiance dans mon intervention, mais le lende-

main je trouvai mon opérée moins malade que la veille ; le pouls filiforme se comptait. Pas de vomissement. Meilleur facies.

L'amélioration continua et, cinq mois après, cette malade partait à Berck. Je l'ai revue récemment et tout me fait espérer que la guérison sera durable.

OBSERVATION XL

(Broca. — *In* thèse Cotar, 1901.)

Emile B..., huit ans, entre le 22 décembre 1897 à l'hôpital Trousseau dans le service de M. Variot. Depuis neuf jours il souffrait de vives douleurs dans la partie droite du ventre accompagnées de vomissements. Son médecin le soignait pour coliques hépatiques.

La température oscille entre 37°5 et 38 degrés. Douleurs légères, vomissements incessants alimentaires et bilieux. Constipation sans occlusion.

M. Variot perçoit à l'épigastre quelque chose de gros et de douloureux qu'il croit être un foyer tuberculeux du grand épiploon.

Je suis appelé en vue d'une intervention et je constate sur le trajet du côlon transverse une tumeur mal limitée et variable, me dit-on, d'un jour à l'autre.

En présence des vomissements et de la cachexie menaçante, j'opère l'enfant le 13 janvier 1893.

Par la *laparotomie* médiane, je tombe sur l'épiploon parfaitement sain, je n'aperçois rien qui explique la fausse tumeur.

En explorant la fosse iliaque droite, je trouve un cæcum gros, induré, et un appendice volumineux, dur, blanchâtre.

Je le résèque. Il était entouré d'adhérences molles et avait causé tous les accidents, car après l'opération la température tomba et les vomissements cessèrent.

OBSERVATION XLI

(Talamon. — *In Appendicite et Périthyphlite.*)

Un malade, ayant eu deux crises d'appendicite aiguë, présenta à la troisième de tels symptômes de cachexie intestinale avec amaigrissement extrême, légère fièvre hectique, etc., que son médecin n'hésita pas à diagnostiquer une tuberculose entéro-péritonéale. Si profonde était la confiance du praticien en ce diagnostic, qu'il trouva même à un moment des craquements secs au sommet de l'un des poumons.

Le malade finit par se remettre au bout de six mois.

Il s'est marié, a des enfants, jouit d'une santé parfaite. Depuis douze ans il n'a jamais eu le moindre symptôme qui pût encore faire croire à l'existence d'une tuberculose pulmonaire ou péritonéale.

Tuberculose iléo-cæcale prise pour appendicite.

OBSERVATION XLII

(Courteville. — Soc. Anatomo-Clinique de Lille, 1894).

M. Courteville rapporte un cas de tumeur de la région iléo-cæcale avec ulcération des parois intestinales.

A l'examen du malade, le flanc droit présentait une tuméfaction dure, profonde, qui fit porter le diagnostic d'*appendicite tuberculeuse.*

Pendant la *laparotomie*, du pus et des gaz s'échappèrent, ce qui permit de croire à une perforation intestinale. L'opéré succomba.

A l'autopsie, on constata des lésions ulcéreuses de l'intestin et la destruction presque complète de la valvule iléo-cæ-

cale ; de plus, il existait deux perforations communiquant avec deux ganglions dégénérés. On ne trouva pas trace de l'appendice détruit par le processus tuberculeux.

OBSERVATION XLIII

(Delbet. — Soc. de Chir., 1905).

Il s'agit d'une femme de quarante ans, à passé appendiculaire, opérée le 14 décembre 1904. Je n'avais pas fait avant l'intervention le diagnostic de tuberculose : je croyais qu'il s'agissait d'une appendicite et j'attribuais la tuméfaction à ces reliquats d'abcès encapsulés dans les adhérences que l'on rencontre parfois.

L'abdomen ouvert, je constatai qu'il y avait une tumeur formée par le cæcum lui-même épaissi et violacé ; l'appendice recourbé lui adhérait intimement. Court, mais gros, il avait le volume du doigt, une couleur blanc rosé, un aspect œdémateux qui le faisait paraître translucide.

La résection iléo-cæcale avec anastomose termino-terminale permit à la malade de sortir en parfait état le 11 janvier 1905.

Histologiquement le cæcum présentait de nombreuses cellules géantes. Rien autre que ce qui précède n'a été noté sur l'appendice.

Adénopathies ayant provoqué des symptômes appendiculaires.

OBSERVATION XLIV

(*In* thèse Villemot, Paris, 1905.)

Une jeune fille de dix-huit ans, présentant des signes de tuberculose pulmonaire, avait, depuis l'âge de quatre ans, des

crises douloureuses fréquentes dans la fosse iliaque droite. On diagnostiqua une appendicite.

Au moment de l'opération, on trouva l'appendice sain et de nombreux ganglions hypertrophiés dans l'angle iléo-cæcal.

L'appendicectomie ne produisit guère d'amélioration.

OBSERVATION XLV

(Professeur Dieulafoy. — *Sem. Méd.*, 1902.

Le professeur Dieulafoy soignait en 1898 une jeune Cubaine qui se plaignait de douleurs dans la fosse iliaque droite. A différentes reprises les crises douloureuses avec vomissements avaient pris une notable intensité et éveillé l'idée d'une appendicite. Diarrhée constante. Les digestions étaient pénibles, l'alimentation insuffisante, la malade était pâle, amaigrie et affaiblie. Elle n'avait pas de fièvre, mais gardait le lit à cause des douleurs augmentées par la marche. On délimitait dans la partie droite du ventre une tumeur comme une noix, dure, mobile et très douloureuse.

Hérédité tuberculeuse. Bien que la jeune fille n'eût rien aux poumons, elle avait l'aspect d'une bacillaire. On pensa à la tuberculose du cæcum et l'on intervint.

On trouva sur le cæcum, près de son bord interne, vers la fin de l'iléon, deux masses ganglionnaires juxtaposées. Un des ganglions présentait à sa surface un point jaunâtre. Pas d'adhérences.

L'appendice parut sain mais fut réséqué.

Au laboratoire du professeur Dieulafoy, on trouva l'appendice *sans lésion* et les ganglions à l'état caséeux.

L'opération fut suivie d'une amélioration rapide et un an plus tard on recevait les meilleures nouvelles de la santé de cette enfant.

Abcès appendiculaires confondus avec abcès par congestion.

OBSERVATION XLVI

(Miller. — *Med. Record.* New-York, 1895).

M. S, H..., trente-six ans, maigre d'aspect, souffrant de douleurs depuis deux ans, vient me consulter le 6 juillet 1895. Il se plaint surtout d'une faiblesse générale et de la perte d'appétit. Langue sèche et saburrale. Pouls 80. Température 100 degrés F. A la palpation de l'abdomen, je trouvai, dans la fosse lombaire droite juste au-dessus de la crête iliaque, un empâtement anormal de la grosseur d'un œuf d'oie, avec une douleur légère par la pression au-dessus du point de Mac-Burney. Il y avait un autre endroit sensible au-dessus de la synchondrose sacro-iliaque.

Je conseillai le repos et l'application de cataplasmes chauds.

Le malade eut des sueurs profuses suivies de frissons le 18 juillet et la température vespérale monta à 100° 5 F. Pouls 88. La tumeur abdominale était un peu proéminente, il y avait plus de douleur à la pression. Croyant à la formation d'un abcès je préparai l'intervention pour le lendemain. Mais je n'en fis rien, car je trouvai le malade très soulagé : température normale, pouls 68, tumeur moins marquée, douleur insignifiante, intestin normal.

Le Dr Dunn, appelé en consultation, pensait à une périty-phlite ; mais finalement dit qu'il pouvait s'agir de nécrose de l'os des îles ou de carie vertébrale.

Le 21 juillet, j'introduisis une aiguille aspiratrice, mais je fis une ponction blanche. Les symptômes restèrent stationnaires. Légère débâcle intestinale.

Le 25 juillet, comme la température était de 100 degrés F., le pouls de 80, je décidai l'opération et je conduisis le malade

chez le Dr J.-A. Prince, à Springfield. Après un examen attentif, il conclut qu'il y avait une accumulation de pus sans en préciser l'origine et fut d'avis qu'il fallait intervenir.

Il traça une incision latérale parallèle à la crête iliaque. Il trouva le péritoine rouge et congestionné au niveau de la tumeur : les replis intestinaux voisins étaient accolés par de fausses membranes inflammatoires.

L'appendice était adhérent et induré ; son extrémité libre gangrenée était entourée de pus profondément situé juste au-dessus et en dedans du psoas, ce qui avait provoqué la douleur dorsale.

L'abcès contenait quatre onces d'un pus crémeux, épais.

L'opéré est complètement guéri.

OBSERVATION XLVII

(Macalire. — Soc. Anat., 1898.)

Une jeune fille de dix-sept ans avait, dans la fosse iliaque droite, un foyer non fistuleux de suppuration qui ressemblait beaucoup à un abcès froid par congestion. En effet, l'erreur avait été commise, la collection remontant jusqu'au niveau de la deuxième vertèbre lombaire.

M. Mauclaire fit, à l'hôpital Necker, le 28 juillet 1898, l'appendicectomie à chaud, car l'incision montra que l'appendice perforé était cause de la suppuration. Celle-ci se tarit rapidement après l'opération.

OBSERVATION XLVIII

(Cathelin. — *Presse Méd.*, 1898.)

Louise L... dix ans, entre à l'hôpital de Berck le 10 août 1897, pour mal de Pott lombaire.

Antécédents héréditaires bacillaires. Il y a deux ans elle eut une première crise appendiculaire ; à la suite de répétitions très douloureuses, l'enfant entra à l'hôpital. On la crut atteinte de tuberculose vertébrale et on l'envoya à Berck.

A l'examen, on trouve les deux fosses iliaques libres, sans douleur, ni empâtement. En faisant coucher la malade sur le ventre, on aperçoit une tuméfaction comme un œuf de poule allant de la région lombaire à la partie supéro-externe de la fosse iliaque droite.

Aucun signe d'altération tuberculeuse des vertèbres. Mauvais état général.

Ponction exploratrice de la tumeur, il sort du pus et des gaz. Cet abcès lombaire septique est ouvert, il s'en dégage une odeur stercorale.

Le 11 octobre 1897, intervention plus radicale : large incision parallèle aux dernières côtes. On pénètre dans une cavité fongueuse qui se prolonge derrière le cæcum. On retire des produits mortifiés et une petite masse stercorale. Drainage. On porte le diagnostic d'appendicite chronique sans rechercher la perforation.

Amélioration immédiate. En janvier 1898, abcès de la fesse qu'on incise et qui laisse passer des matières fécales.

Le 18 mai 1898, on ouvre toute la région lombaire droite en se guidant sur le trajet fistuleux. On tombe dans un véritable cloaque lombaire, au fond duquel la nouvelle fistule intestinale paraît intéresser le côlon ascendant.

L'enfant opérée avec un très mauvais état général n'allait pas mal lorsqu'au quatrième jour elle fut prise d'hyperthermie, de syncope et mourut dans le coma.

Autopsie. — Pas de péritonite. Cæcum petit. L'appendice, verticalement dirigé en dehors et en haut, est fixé par des adhérences.

La fistule siège sur le côlon ascendant ; à son niveau, on retrouve l'extrémité de l'appendice perforé qui avait passé inaperçue au cours de l'opération.

Il y a trois ulcérations récentes du cæcum. Le reste de l'intestin est sain.

Adénites tuberculeuses du mésentère.

L'examen microscopique de l'appendice, pratiqué par M. Letulle, a montré qu'il s'agissait bien de *tuberculose*. On n'a pu trouver de bacilles.

Fistules appendiculaires considérées comme fistules d'origine osseuse

OBSERVATION XLIX

(Guinard)

Une fistule, dont l'orifice externe siégeait à la région lombaire droite, avait, depuis douze ans, provoqué des diagnostics variés de tuberculose vertébrale ou iliaque.

MM. Guinard et Peyrot purent arriver sur un appendice perforé à son extrémité dans une poche occupant la région cæcale.

OBSERVATION L

(Guinard)

Une fistule, reconnue d'origine appendiculaire, siégeait chez une jeune fille à la face antéro externe de la cuisse, à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade de Fallope. On avait cru d'abord à une fistule consécutive à la tuberculose osseuse ou ganglionnaire de la région.

OBSERVATION LI

(Guinard)

Une fistule, produite par un abcès gazeux de la fosse iliaque

droite et occupant cette région jusqu'au grand trochanter, semblait tenir à une coxalgie de voisinage. L'examen de son trajet conduisit, par un goulot traversant la paroi musculaire près de la crête iliaque, dans une poche péricæcale où l'appendice était perforé.

4° Diagnostic entre l'appendicite et certaines affections non tuberculeuses

OBSERVATION LII

(Richelot. — Soc. de Chir., 1890.)

Appendicite tuberculeuse prise pour une salpingite

Irma R..., dix-huit ans, est malade depuis dix huit mois au moment de ses époques menstruelles. Les quatre dernières furent accompagnées de douleurs actuellement continues et siégeant à droite dans l'abdomen. Cette jeune fille pâle, toussant chaque hiver, paraît candidate à la tuberculose.

Elle entre à l'hôpital avec du ballonnement et 39° 5. Ces symptômes se calment, mais la palpation au niveau des annexes droites reste extrêmement douloureuse.

Virgo intucta. Le toucher rectal révèle une masse dure sur le bord droit de l'utérus.

Ces signes de lésions ovariennes, franchement inflammatoires, paraissant tendre vers la suppuration, sont difficiles à comprendre chez cette jeune fille.

Opération le 8 juillet 1890. — Laparotomie médiane. Les annexes sont saines et de volume normal.

Au milieu d'adhérences, on trouve un cylindre fluctuant, gros comme le petit doigt ; c'est l'appendice accolé à la trompe et à l'ovaire, confondu avec eux dans une même masse épiploïque.

Très friable, malgré l'épaisseur de sa paroi, l'appendice est rempli de pus grisâtre. Ouvert longitudinalement, il montre une paroi couverte de petits points blancs qui font croire à une altération tuberculeuse.

La jeune fille revue récemment est en parfaite santé.

OBSERVATION LIII

(Daniel. — *In* thèse Petit, 1905.)

Appendicite tuberculeuse prise pour un pyosalpinx.

Jeanne G... trente-huit ans, artiste dramatique, entre à Beaujon, salle Jarjavay n° 2, en août 1904, pour douleurs pelviennes.

Aucun passé pathologique malgré une existence fatigante.

Il y a deux ans, elle a commencé à souffrir dans le bas ventre et à droite en même temps que ses règles devenaient irrégulières et douloureuses. Aucun symptôme de crise appendiculaire franche. Les douleurs se calment par le repos, mais la malade qui tousse et maigrit est soignée pour des lésions bacillaires du sommet gauche. Elle entre alors à l'hôpital.

Par le palper abdominal, on ne localise rien de pelvien ou d'iliaque. Un peu de sensibilité à la pression profonde. Par le toucher vaginal : utérus fixé à droite où les annexes grosses comme le poing forment une masse régulière très adhérente. Rien à gauche, on porte le diagnostic de volumineux pyosalpinx ancien.

Opération le 18 août 1904. — Hystérectomie abdominale. L'appendice apparaît à l'angle supérieur droit du ligament large correspondant, il est en situation pelvienne entouré d'adhérences et de produits caséeux. Sa pointe ulcérée se perd dans les tissus friables péri-annexiels. On l'enlève.

Examen des pièces. — Trompe droite très épaissie. L'ovaire du volume d'un œuf de poule est recouvert de granulations tuberculeuses caséifiées par places.

L'appendice est ulcéré à son extrémité, sa pointe est restée

adhérente aux tissus caséeux du petit bassin. La paroi épaisse de 4 millimètres est infiltrée de tubercules en voie de caséification.

En résumé : tuberculose appendiculaire accompagnée d'ovarite tuberculeuse droite.

La malade meurt en octobre de cachexie. Une *fistule stercorale* survenue quatre jours après l'opération avait pour siège le moignon appendiculaire.

OBSERVATION LIV

(Professeur Terrier. — Soc. de Chir., 1892.)

Appendicite tuberculeuse diagnostiquée cancer intestinal.

Un homme de soixante ans fut pris en février 1890, dans la fosse iliaque droite, de douleurs qui disparurent assez rapidement.

En juillet 1890 autre crise, à la suite de laquelle il persista dans le côté droit une induration résistante. En septembre et en octobre, nouvelles crises avec selles sanglantes, nausées, vomissements, douleurs. M. Monod ne crut pas devoir intervenir et institua un traitement médical.

Nouveaux accidents en novembre. M. Périer diagnostiqua un épithélioma intestinal avec retentissement inflammatoire périphérique. Il ouvrit une large collection purulente qu'il draina.

Le malade se rétablit, gardant toujours une induration dans le flanc droit.

En mai 1891, il fut pris brusquement d'une douleur intense, avec fièvre (40°5). Une fistule intestinale s'établit et c'est alors que M. Terrier vit le malade pour la première fois. Le microscope montra une quantité énorme de bacilles de Koch dans le pus de la fistule.

Cet homme mourut peu après de tuberculose.

Il s'agissait d'*appendicite tuberculeuse* avec abcès et fistule pyo-stercorale.

OBSERVATION LV

(Lejars. — *In* thèse Claude, 1903.)

Cancer de l'appendice diagnostiqué appendicite tuberculeuse.

Un homme de vingt-sept ans, pâle d'aspect, un peu chétif et amaigri, entre à Tenon en juillet 1902 pour être opéré d'appendicite à froid.

Depuis le mois d'avril, il se plaint de petites crises douloureuses survenant dans la fosse iliaque droite et la région épigastrique. Pas de vomissements. En juillet, douleur iliaque intense. L'appétit décroît, l'amaigrissement s'accentue.

A l'exploration, douleur très nette au point de Mac Burney correspondant à une sorte de cordonnet épais, vertical, bien caractérisé.

Le diagnostic d'appendicite chronique ne paraissait pas douteux ; en présence de l'état général du malade, on la prévoit d'origine *tuberculeuse.*

A l'opération, on trouve un appendice épithéliomateux.

Récidive cæcale en octobre constatée par une laparotomie exploratrice.

OBSERVATION LVI

(Godlewski. — *Archiv. génér. de méd.*, 1905.)

Spasme de l'intestin pris pour une appendicite chez un tuberculeux.

Jean P..., employé au P.-L.-M., entre le 4 avril 1905 dans le service du professeur Tédenat à Montpellier.

Il a ressenti le 15 janvier, dans la fosse iliaque droite, une douleur continue avec paroxysmes, mais pas très violente, Pas de vomissements. Constipation ; matières glaireuses et sanguinolentes. Pas d'alitement. Après quelques jours la douleur iliaque devient lombaire.

Actuellement diarrhée, amaigrissement considérable. Toux, expectoration. Signes d'induration du sommet droit. Dans la fosse iliaque on trouve une tumeur du volume d'un poing d'adulte, remontant jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic, un peu douloureuse à la pression, paraissant adhérente aux plans profonds, se limitant nettement et présentant à sa surface de grosses lobulations. Cette tumeur, submate à la percussion superficielle, est sonore à la percussion profonde. Elle n'est pas due à l'accumulation de matières fécales. On la localise au cæcum ou à l'appendice.

A l'opération le 17 avril, on cherche en vain la tumeur nettement démontrée à plusieurs reprises par la palpation. On ne rencontre que de faibles adhérences unissant au cæcum une anse d'intestin grêle. On les sectionne. Ces adhérences lâches, dues à l'entérite tuberculeuse du sujet, provoquaient par tiraillement la contracture des fibres musculaires du cœcum.

Leur destruction entraîna la cessation du spasme de l'intestin.

OBSERVATION LVII

(Dalché. — Soc. Méd. des Hôp., 1903.)

Spasme de l'intestin pris pour appendicite ou typhlite tuberculeuse.

MM. Dalché et Soupault examinant ensemble une jeune femme malade conclurent à l'appendicite. Mais auparavant, les résultats de l'exploration et l'histoire clinique avaient conduit, tour à tour, médecins et chirurgiens aux diagnos-

tics les plus inquiétants (Tumeur du cæcum, typhlite tuberculeuse).

Or, il s'agissait surtout d'un spasme de l'intestin et l'appendicectomie donna un appendice de calibre normal, sans adhérences, mais qui a bien voulu montrer une très légère folliculite.

Les accès ont recommencé comme par le passé.

III. — Complications

OBSERVATIONS LVIII

(De Grandboulan. — Thèse, Paris, 1896.)

Appendicite tuberculeuse. — Fistule post-opératoire.

Ablation, après plusieurs crises douloureuses aiguës, d'un appendice turgescent non ulcéré : il s'agissait d'une appendicite tuberculeuse.

Guérison temporaire par première intention, puis apparition d'une fistule persistant encore au bout de vingt mois. Une nouvelle laparotomie, suivie de l'excision des bords d'une perte de substance cæcale, à la place de la base de l'appendice, puis une autoplastie, rien n'amena la fermeture du trajet. La malade refusa la résection intestinale indiquée.

A part cette fistule, l'appendicectomie a provoqué la cessation des accidents douloureux ; elle a été suivie d'un rétablissement de l'état général, très altéré au moment de l'opération, mais si florissant actuellement qu'il ne permet plus de soupçonner la lésion tuberculeuse en évolution.

OBSERVATION LI

(Crowder. — *Amer. Journ. of. Méd. Sc.* Philadelphia, 1902.)

Appendicite tuberculeuse. — Orchite post-opératoire.

A... G..., quarante-sept ans, entre à l'hôpital, le 31 mai 1900, pour appendicite.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Lui-même souffre d'un asthme depuis l'âge de quinze ans.

Il y a cinq semaines, crises douloureuses abdominales fréquentes, et de plus en plus vives. Bientôt nausées et vomissements.

Par l'examen, on localise la douleur à la région iliaque droite, où siège un empâtement, descendant jusqu'au ligament de Poupart. Température 38 degrés. Amélioration de la masse et de la douleur le 8 juin.

Opération le 15 juin 1900. — Ablation de l'appendice hypertrophié et d'une portion de la paroi cæcale qui était épaissie.

Suites satisfaisantes ; mais quinze jours après apparaît, à droite, une *orchite aiguë* très douloureuse. Hyperthermie pendant une semaine. Il persistait encore à la sortie, le 9 octobre, une certaine induration du testicule et de l'épididyme.

L'*examen macroscopique* de l'appendice montra des lésions typiques de tuberculose avec cellules géantes et épithélioïdes. Epaississement de la paroi par dégénérescence fibreuse de la couche musculaire. Les recherches bactériologiques n'ont pas permis de découvrir le bacille de Koch.

Le malade, revu le 15 mars 1902, était en parfaite santé. Pas de récidive locale. Aucun autre signe de tuberculose.

Cancer de l'appendice secondaire aux lésions inflammatoires d'appendicite chez les tuberculeux.

OBSERVATION LX

(Letulle et Weinberg. — *Arch. des Sc. Méd.*, 1897.)

Un appendice, oblitéré dans les deux derniers centimètres de son extrémité libre, fut trouvé à l'autopsie chez un phtisique, sans tuberculose intestinale. On note :

1° Obstruction complète d'origine inflammatoire ;

2° Toute trace de structure glandulaire a disparu, ainsi que le tissu réticulé ;

3° Le cancer est secondaire aux lésions d'appendicite.

OBSERVATION LXI

(Letulle et Weinberg *loc. cit.*)

A l'autopsie d'une femme phtisique, atteinte de salpingite bacillaire et morte dans le service du professeur Cornil, on trouva un appendice non tuberculeux, sans adhérences, mais oblitéré sur toute l'étendue de ses deux derniers centimètres. Un adénome occupait l'extrémité libre. Au-dessous de l'oblitération ancienne, cancérisation de l'obstruction cicatricielle et des différentes couches de l'organe.

OBSERVATION LXII

(Letulle et Weinberg. — Soc. Anat., 1900).

Chez un phtisique mort à l'hôpital Boucicaut, l'appendice,

non tuberculeux, était oblitéré dans son quart inférieur. Cette portion déformée, arrondie, dure, de la grosseur d'un noyau de cerise était cancéreuse.

La portion perméable était le siège d'inflammation chronique.

OBSERVATION LXIII

(Mosher. — *Brooklyn Med. Journ.*, 1903.)

Péritonite aiguë généralisée par perforation d'un appendice tuberculeux.

Un homme, n'ayant eu comme maladie antérieure qu'une pneumonie, à guérison lente, dix ans auparavant, est pris, le 13 avril 1903, d'une crise aiguë d'appendicite. Température 40°5. Pouls 120.

L'opération est faite d'urgence.

A l'ouverture du ventre, on trouve la cavité péritonéale pleine de séropus. L'appendice est parsemé de tubercules miliaires, l'un d'eux s'est évidemment rompu, amenant ainsi la perforation de cet organe non loin de sa pointe.

Le malade guérit lentement, puis mourut trois mois après de tuberculose généralisée.

OBSERVATION LXIV

(Bouglé et Marie. — Soc. anat., 1903.)

Appendicite tuberculeuse diagnostiquée chez un phtisique. Complications pulmonaires post-opératoires.

F... K..., vingt-quatre ans, entre à Lariboisière le 9 novembre 1902, pour un empâtement de la fosse iliaque droite qui fait immédiatement songer à une appendicite.

Début de tuberculose pulmonaire il y a deux ans ; séjour au sanatorium d'Angicourt de janvier à juillet 1902. A ce moment, alors que son poumon se cicatrisait, il est pris de douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite. On porte le diagnostic d'appendicite et on institue le traitement médical. Cette crise prolongée ne fut jamais très aiguë et s'accompagna de diarrhée. Ce n'est qu'en septembre que, sans fièvre, sans grande réaction péritonéale, apparut l'empâtement que l'on constate à l'hôpital.

La lésion pulmonaire droite très améliorée persiste encore. La coïncidence de l'état du poumon et des caractères de cette appendicite font émettre cliniquement l'hypothèse d'appendicite tuberculeuse.

Opération le 22 novembre. — Cæcum un peu rouge. Les lésions siègent au-dessous, au niveau d'une masse blanchâtre, lardacée, du volume de trois doigts, qui part du cæcum et adhère à la paroi abdominale par son extrémité libre. La section de l'adhérence, à cet endroit, entraîne l'ouverture d'un abcès du volume d'une noisette, qui correspond à la pointe de l'appendice renfermant un pus épais, caséeux et présentant une paroi violacée, fongueuse. Il fut encore plus laborieux d'isoler le méso-appendice très épaissi et de trouver le point d'implantation exact de l'appendice sur le cæcum. Là, l'organe, particulièrement épaissi, affectait la forme d'un cône à base appliquée sur le cæcum.

Dissection. Ablation. Drainage.

Suites opératoires abdominales très simples. Mais le lendemain de l'intervention, le malade eut une poussée de *phtisie aiguë* dans le poumon droit anciennement tuberculisé, qui revêtit d'emblée une allure inquiétante. Hyperthermie (40°, 41°), agitation, dyspnée. Cependant au bout de quelques jours ces accidents menaçants s'atténuèrent. Mais les lésions pulmonaires avaient fait un progrès qui nécessita le passage de l'opéré dans un service de médecine.

Localement, la cicatrice était convenable, sauf au niveau du drain où existait une ulcération blafarde, d'aspect tuberculeux.

Pas de fistule stercorale.

L'*examen microscopique* a confirmé le diagnostic clinique d'*appendicite tuberculeuse* avec maximum des lésions dans la zone folliculaire.

CONCLUSIONS

I

Les rapports de l'appendicite et de la tuberculose sont très importants ; ils présentent le plus grand intérêt au point de vue pratique.

II

Alors qu'il n'apparaît qu'une simple coexistence entre l'appendicite commune et la tuberculose pulmonaire ou même intestinale, il faut néanmoins savoir que, chez les bacillaires, toute altération du vermium peut :

1° Causer des désordres par l'infection nouvelle survenant chez un sujet affaibli ;

2° Favoriser l'extension des lésions pulmonaires par dépression et mauvaise nutrition ;

3° Servir de point d'appel au bacille de Koch ;

4° Retentir sur le poumon, par suite de l'opération et déterminer une poussée aiguë de tuberculose.

III

Les relations sont tout à fait évidentes entre les

différentes tuberculoses et l'appendicite tuberculeuse.

Celle-ci se rencontre surtout au cours de la tuberculose pulmonaire, cause habituelle de contamination bacillaire étendue à l'intestin ou localisée au vermium.

IV

Si nous entendons par appendicite l'altération de l'organe et par crise appendiculaire l'épiphénomène douloureux, nous pouvons dire qu'on rencontre chez les tuberculeux :

1° L'appendicite aiguë avec ses manifestations cliniques ordinaires ;

2° L'appendicite chronique souvent méconnue chez le vivant ;

3° L'appendicite tuberculeuse, assez fréquente pour les anatomo-pathologistes, rare pour les cliniciens : cette lésion ne provoquant guère de réaction douloureuse que sous l'influence d'une infection secondaire surajoutée.

V

La plupart des tuberculeux opérés d'appendicite n'ont pas l'appendice tuberculeux. Tandis qu'on rencontre parfois la tuberculose de l'appendice chez des opérés non soupçonnés de tuberculose.

(Nos recherches dans le laboratoire du service de M. Walther portant sur 30 appendices enlevés chi-

rurgicalement, dont 20 provenaient de tuberculeux pulmonaires nous ont permis de découvrir deux cas d'appendicite tuberculeuse précisément chez deux opérés non soupçonnés de bacillose.)

VI

L'appendicite tuberculeuse suspectée, mais non diagnostiquée avec certitude en clinique, ne présente pas de symptômes vraiment pathognomoniques.

Elle peut évoluer jusqu'à l'ulcération et se compliquer :

1° Soit de péritonite généralisée suivie de mort ;

2° Soit de péritonite localisée avec fistule pyostercorale.

Elle offre, en outre, le danger d'être le point de départ d'une tuberculose iléo-cæcale.

VII

Il faut se prémunir contre deux erreurs possibles :

1° Ne pas prendre pour des bacillaires, des appendiculaires méconnus. Cette erreur, basée sur l'altération de la santé générale, est préjudiciable à ces derniers qui se trouvent très mal de la suralimentation, alors qu'ils sont améliorés par l'appendicectomie ;

2° D'autre part, chez les tuberculeux, ne pas attribuer à la bacillose pulmonaire certaines manifestations d'appendicite à caractère larvé.

VIII

On doit surveiller, avec une attention méticuleuse, les voies digestives des tuberculeux.

Le régime consistera en une prudente suralimentation d'où sera banni l'excès d'alimentation carnée.

On évitera ainsi :

1° Soit l'inflammation d'un appendice jusqu'alors indemne ;

2° Soit l'infection secondaire déterminant la réaction clinique d'un vermium tuberculeux.

IX

L'appendicectomie peut entraîner, chez les tuberculeux, des complications pulmonaires. Malgré ce risque chaque fois que l'état général le permet, il faut intervenir :

1° Pour appendicite aiguë, dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures, afin de faire disparaître ce nouveau danger d'infection ;

2° Pour appendicite chronique, dans tous les cas, afin d'éviter les poussées aiguës, d'écarter la tuberculose vermiculaire possible et d'améliorer les voies digestives ;

3° Pour appendicite tuberculeuse qui, en plus du danger appendiculaire, présente celui d'une tuberculose locale.

X

La constatation relativement fréquente de la tuberculose appendiculaire par les anatomo-pathologistes et la nécessité de maintenir en parfait état les voies digestives justifient, chez les tuberculeux, l'ablation de tout appendice malade, même s'il n'a pas provoqué de réactions péritonéales menaçantes.

Vu le Président de la thèse :
CORNIL

Vu le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ALBERS. — Ueber eine der nächsten Veranlassungen der Durchbohrung des Processus Vermiformis. *Archiv. f. Physiologische Heilkunde*, 1851.

ANDREWS. — Tuberculosis herniosa and appendicitis tuberculosa. *Ann. of. Surgery*, 1901.

APERT. — Tuberculose de l'intestin et de l'appendice. *Presse Médicale*, 1898.

AYNÈS. — Typhlite et appendicite tuberculeuse. *Thèse*, Bordeaux, 1896.

BÉRARD et PATEL. — Tuberculose iléo-cœcale, 1905.

BIGGS. — Tuberculose de l'appendice. *New-York Pathological Society*, 1888.

BODART. — Perforations du cœcum et de l'appendice. *Société Anatomique et Thèse*, Paris, 1844.

BONJOUR. — Adénopathies péri-appendiculaires dans l'appendicite. *Thèse*, Paris, 1901.

BORN. — Appendicite tuberculeuse. *Thèse*, Berlin, 1897.

BOUGLÉ. — Appendicite tuberculeuse. *Arch. génér. de méd.*, 1903.

BOUILLY. — *Congrès de Chirurgie*, 1889.

— Discussion sur l'appendicite. *Soc. de Chir.*, 1892.

BROCA. — *Bull. Soc. Anat.*, 1852.

BRUN. — Appendicite. *In Traité des mal. de l'enfance*. Grancher, t. III.

— Péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. *Soc. de Chir.*, 1898.

BRUN et LETULLE. — Lésions histologiques de l'appendicite. *Presse médic.*, 1897.

CARL BECK. — Appendicitis. *Sammlung Klinisch. Vortræge*, 1898.

CATHELIN. — Appendicite tuberculeuse avec abcès prise pour mal de Pott. *Presse Médic.*, 1898.

— Appendicite aiguë chez les tuberculeux. *Presse médic.*, 1899.

CHALLIOL. — Résection à froid dans les appendicites chroniques à répétition. *Thèse*, Lyon, 1895.

CHAMBARD. — Etiologie et pathogénie de l'appendicite. *Thèse*, Lyon, 1899.

CHARRIN et GOUGET. — Pseudo-tuberculose localisée sur l'appendice. *Soc. de Biologie*, 1897.

CLARKE. — Tuberculosis of vermiform appendic. *Med. Press and Cir.* London, 1905.

CLESS. — *Canstatt's Jahresbericht*, 1853.

— Zur Kasuistik der Werschwarung und Durchbohrung des Wurmfortsatzes durch Hochkonkremente. *Medicinisches Correspondenzblatt des Wurtembergischen Aerztlichen Vereins*, 1857.

COCHOT. — Complications post-opératoires de l'appendicite. *Thèse*, Paris 1899.

COMBY. — Formes frustes chroniques d'appendicite. *Soc. médic. des Hôp.*, 1903.

— Un cas instructif d'appendicite chronique. *Soc. méd. des Hôp.*, 1905.

CORBIN. — Perforations de l'appendice. *Gaz médic.*, 1837.

CORNIL. — Tuberculose des ganglions lymphatiques. *Soc. de Biologie*, 1878.

— Tuberculose de l'ovaire propagée à l'appendice. *Soc. anatomique*, 1905.

— Discussion sur l'appendicite tuberculeuse. *Congrès de la Tuberculose*, 1905.

COTAR. — Appendicite larvée. *Thèse*, Paris, 1901.

CROWDER. — A case of hyperplastic tuberc. of the vermif. append. *American Journal of medical Sciences*, Philadelphie, 1902.

DALCHÉ. — Spasme de l'intestin pris pour une appendicite ou une typhlite tuberculeuse. *Soc. médic. des hôp.*, 1903.

Delbet. — Tuberculose cæcale prise pour appendicite. *Soc. de Chir.*, 1905.

Delorme. — *Soc. de Chir.*, 1892.

Demoulin. — Tuberculose iléo-cæcale. *Soc. de Chir.*, 1905.

— Rapport et discussion sur l'appendicite tuberculeuse et la tuberculose iléo-cæcale. *Congrès de la Tuberculose*, 1905.

Dieulafoy. — Adénite tuberculeuse iléo-cæcale prise pour appendicite. *Semaine médicale*, 1902.

Dobbertin. — Zur differential diagnose der cæcum tuberculose und appendicitis. *Ann. Berl.*, 1905.

Dobroklonski. — De la pénétration des bacilles tuberculeux dans l'organisme à travers la muqueuse intestinale. *Arch. de Méd. expérim.*, 1890.

Dufour. — *Soc. anatomique*, 1852.

Duguet. — Note sur un cas de typhlite phlegmoneuse. *Soc. de Biol.*, 1869.

Favre. — Perforations spontanées de l'appendice. *Thèse*, Paris 1851.

Fenwick et Dodwel. — *Lancet*. London, 1892.

Galliard. — Maladies de l'intestin. *Archiv. génér. de Méd.*, 1899.

— Fièvre hectique jugulée par l'ablation de l'appendice chez une tuberculeuse. *Soc. médic. des Hôp.*, 1904.

Gérard-Marchant. — Adénites dans l'appendicite. *Soc. de Chir.*, 1900.

Girode. — Etude de l'intestin des tuberculeux. *Thèse*, Paris 1888.

Godlewski et Martin. — Pseudo-tumeur de la fosse iliaque droite provoquée par un spasme de l'intestin chez un tuberculeux. *Archiv. génér. de Méd.*, 1905.

Gouget. — Tuberculose diffuse ; appendicite purulente. *Soc. anatomique*, 1896.

Goursolas. — Formes dyspeptiques de l'appendicite. *Thèse*, Lyon, 1904.

Grandboulan (de). — *Thèse*, Paris, 1896.

Grols. — Appendicite prise pour tuberculose génitale. *Deutsch Zeitschr. f. Chir.* Bd. LVII.

Guinard. — Appendicite *in Traité de chirurgie,* t. VII, de Le Dentu.

Habershon. — Observations on diseases of the alimentary canal. London, 1857.

Hallowel. — *Americ. Journ. of the Med. Sciences,* 1838.

Hartmann et Pilliet. — Typhlite tuberculeuse simulant le cancer de la région. *Soc. anatomiq.,* 1891.

Hérard et Cornil. — La Phtisie pulmonaire.

Hermann. — Ein Fall von Perityphlitis welcher unter den symptomen einer Tuberkulose der serœsen Häute verhef. *Prag. med. Woch.,* 1899.

Howard (A.) Kelly. — *Soc. de Chir.,* 1903.

Jaboulay. — *Clinique chirurgicale,* t. III.

Jalaguier. — Appendicite *in Traité de Chirurgie,* t. VI, de Duplay.

Josselin de Jong. — Appendicitis tuberculosa. *Nederl Tijdschr voor Geneesk,* 1902.

Karewski. — Pathologie and therapie des Perityphlis, 1895.

Kelly et Hurdon. — The vermiform appendix and its diseases. Philadelphie, 1905.

Lance. — Exclusion de l'intestin. *Thèse,* Paris, 1903.

Lannelongue. — *Leçons de Clinique chirurgicale,* 1905.

Legueu. — Traitement de l'appendicite.

Lesueur. — *Thèse,* Paris, 1903.

Letulle. — *Soc. médic. des hôp.,* 1897.

— Appendicite et lésions tuberculeuses de l'appendice. *Soc. Anatomie,* 1905.

— Appendicite et tuberculose de l'appendice. *Revue de la Tuberculose,* 1905.

Letulle et Weinberg. — Histo-pathologie des appendicites *Ain rchiv. des Sc. médic. de Jonnesco et Soc. de Biologie,* 1897.

Leudet. — *Archiv. génér. de Méd.,* 1859.

Longuet. — Dyspepsie appendiculaire. *Semaine médicale,* 1902.

Lucas-Championnière. — Appendicite, maladie nouvelle causée

par la grippe et l'alimentation carnée. *Journ. de Méd. et de Chir. pratiques et Presse médicale*, 1904.

MAUCLAIRE. — Abcès appendiculaire pris pour abcès vertébral. *Soc. Anatomiq.*, 1898.

MESLIER. — *Journ. général de Méd et Chir.*, 1827.

MESTIVIER. — *Journ. de Méd., Chir. et Pharmacie*, 1759.

MILLER. — Masked appendicitis. *Med. Record.* New-York, 1895

MIRANDE. — Syndrome appendiculaire sans lésions appendiculaires dans les affections thoraciques. *Thèse*, Paris, 1900.

MOIZARD. — Péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. *Journ. des Praticiens*, 1900.

MONOD. — *Soc. de Chir.*, 1895.

MONOD et VANVERTS. — L'Appendicite.

MONTAIS. — Appendicite chronique et troubles dyspeptiques. *Thèse*, Paris, 1900.

MOSHER.— Tubercular append. *Med Journ.* Brooklyn, 1903.

NATALE PALERMO. — *Riforma medica*, 1904.

PASQUIER (du). — Troubles gastriques dans la tuberculose pulmonaire chronique. *Thèse*, Paris, 1903.

PAUCHET. — Appendicite à forme néoplasique. *Soc. méd. de Picardie*, 1898.

— Appendiculaires méconnus. *Bull. médic.*, 1904.

PESQUEREL. — Appendicite chronique. *Thèse*, Paris, 1899.

PETIT. — Appendicite tuberculeuse. *Thèse*, Paris, 1905.

PONCET. — De la résection à froid de l'appendice dans les appendicites chroniques à rechutes. *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, 1894.

RASTOUIL. — Appendicite chronique. *Thèse*, Paris, 1901.

RECLUS. — *Bulletin médical*, 1893.

— Pathogénie de l'appendicite. *Presse médicale*, 1905.

REYNIER. — Para-appendicites. *Soc. de Chir.*, 1900.

RICHELOT. — Appendicite tuberculeuse prise pour salpingite. *Soc. de Chir.*, 1890.

ROMME. — Appendicite tuberculeuse. *Presse médicale*, 1903.

ROUTIER. — Péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. *Soc. de Chir.*, 1898.

Roux (de Lausanne). — Traitement chirurgical de la périty-phlite suppurée. *Revue médic. de la Suisse Romande*, 1891.

— Discussion sur la tuberculose iléo-cæcale et l'appendicite tuberculeuse. *Congrès de la Tuberculose*, 1905.

Simon. — Perforation de l'appendice. *Soc. anatom.*, 1847.

Siredey. — Formes frustes d'appendicite chronique. *Soc. méd. des Hôp.*, 1903.

Sonnenburg. — *Réunion libre des Chirurgiens*. Berlin, 1897.

Sotty. — Péritonite tuberculeuse à début brusque simulant l'appendicite. *Thèse*, Lyon, 1901.

Soupault. — Appendicite larvée et troubles menstruels. *Soc. méd. des Hôp.*, 1903.

Spillmann. — Tuberculisation du tube digestif. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1878.

Stearns. — *Medical Record*, New-York, 1893.

Talamon. — Appendicite et périty phlite, 1892.

Terrier. — Discussion sur l'appendicite. *Soc. de Chir.*, 1892.

Tillaux. — Appendicite prise pour coxalgie. *Journ. de Méd. et de Chir. pratiq.*, 1894.

Tuffier et Jeanne. — Etude de l'appendicite basée sur 180 nécropsies. *Rev. de Gynéc. et de Chir. abd.*, 1899.

Villemot. — *Thèse*, Paris, 1905.

Walther. — Appendicite chronique à évolution latente. *Semaine méd. et XIIe Congrès de Chir.*, 1898.

— *Société de Chirurgie*, 1900.

— *Journal des Praticiens*, 1900.

Wagon. — Appendicite chronique d'emblée. *Thèse*, Paris, 1904.

Zahlmann. — *Hospitals Tidende*. Copenhague, 1892.

TABLE DES MATIÈRES

Généralités 9
Introduction 13
Historique 17
Etiologie-Pathogénie 27
Diagnostic séméiologique 35
Diagnostic anatomo-pathologique 41
Diagnostic différentiel 55
Complications et Pronostic 70
Indications thérapeutiques 74
Observations 81
Conclusions 151
Bibliographie 156

Imp. de la Faculté de médecine, Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris